



UNIVERSITE CADI AYYAD  
FACULTE DE MEDECINE ET DEPHARMACIE  
MARRAKECH

ANNEE 2007

THESE N° 85

APPROCHE EPIDEMIOLOGIQUE DE LA BOULIMIE ET DU  
COMPORTEMENT ALIMENTAIRE INHABITUEL CHEZ LES  
ETUDIANTES EN MILIEU UNIVERSITAIRE A MARRAKECH

---

THESE

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 07/12/2007

PAR

Mme **Laila ESSABIRI**

Née le 01-09-1979 à Marrakech

POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MEDECINE

---

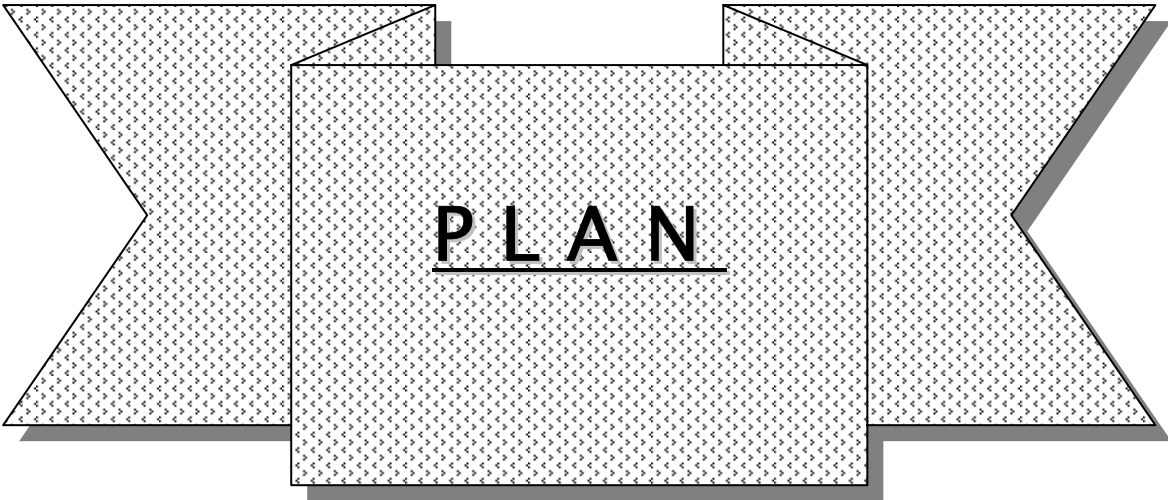
MOTS-CLES :

BOULIMIE – COMPORTEMENT ALIMENTAIRE INHABITUEL – ETUDIANTES  
PREVALENCE – DEPRESSION

---

JURY

Mr. <b>A. EL IDRISSI DAFALI</b> Professeur de Chirurgie Générale	PRESIDENT
Mme. <b>I. TAZI</b> Professeur de Psychiatrie	RAPPORTEUR
Mr. <b>H. ABBASSI</b> Professeur de Gynécologie Obstétrique	} JUGES
Mr. <b>A. ABOUSSAD</b> Professeur de Pédiatrie	
Mme. <b>S. ELHASSANI</b> Professeur de Rhumatologie	
Mme. <b>K. KRATI</b> Professeur de Gastro-entérologie	



PLAN

<b>INTRODUCTION</b> .....	5
<b>MATERIELS ET METHODE</b> .....	8
I/ Matériels de l'étude.....	9
1- Type d'étude.....	9
2- Echantillonnage.....	9
3- Questionnaire.....	10
4- Déroulement de l'enquête.....	11
II/ Méthode statistique.....	12
<b>RESULTATS</b> .....	13
I/ Caractéristiques sociodémographiques de l'échantillon global.....	14
II/ Prévalence de l'obésité chez les étudiantes.....	19
III/ Prévalence de la dépression chez les étudiantes.....	19
IV/ Etude de la boulimie chez les étudiantes.....	20
V/ Etude du comportement alimentaire inhabituel chez les étudiantes.....	22
VI/ Profil des étudiantes boulimiques.....	23
VII/ Profil des étudiantes avec comportement alimentaire inhabituel.....	31

<b>DISCUSSION.....</b>	<b>39</b>
<b>I/ Généralités.....</b>	<b>40</b>
<b>II/ Discussion des résultats.....</b>	<b>51</b>
<b>1- Etude de la boulimie.....</b>	<b>51</b>
<b>2- Etude du comportement alimentaire inhabituel .....</b>	<b>55</b>
<b>3- Comparaison de la prévalence de l'obésité chez les étudiantes.....</b>	<b>58</b>
<b>4- Comparaison de la prévalence de la dépression chez les étudiantes.....</b>	<b>59</b>
<b>5- Comparaison du profil des étudiantes boulimiques.....</b>	<b>60</b>
<b>6-Comparaison du profil des étudiantes avec comportement alimentaire inhabituel.....</b>	<b>64</b>
<b>CONCLUSION.....</b>	<b>67</b>
<b>ANNEXES.....</b>	<b>69</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE.....</b>	<b>73</b>



**INTRODUCTION**

La boulimie est un trouble du comportement caractérisé par des accès incoercibles de fringale, avec absorption massive et ininterrompue de grandes quantités de nourriture, suivis de vomissements provoqués ou d'endormissement. Un diagnostic de comportement alimentaire inhabituel est posé quand les critères de boulimie ne sont pas tous remplis (1).

L'identification de la boulimie comme trouble de conduite alimentaire est récente. Ce n'est qu'en 1979 qu'elle a acquis son autonomie nosographique. Elle a été d'abord perçue comme une forme clinique de l'anorexie mentale. Son originalité, l'importance de sa fréquence propre ont permis de la classer comme entité autonome (2).

C'est ainsi que la première description du syndrome intitulé (bulimia nervosa) a été publiée par Russel (1979) (3), définissant trois caractères cliniques :

- Besoins intenses et irrésistibles de se suralimenter.
- Eviter la prise de poids liée à cette prise de nourriture en provoquant des vomissements et/ou en abusant de laxatifs.
- Peur morbide de devenir gros ou grosse.

La fréquence de la boulimie montrée par les études épidémiologiques depuis les années quatre-vingts et la gravité de ses conséquences possibles, physiques, psychologiques et sociales faisaient rendre cette maladie un problème de santé publique.

La découverte de cette nouvelle « épidémie », obligeait les praticiens à s'interroger à la fois sur le rôle des changements sociaux et sur la nature des phénomènes psychologiques mis en cause.

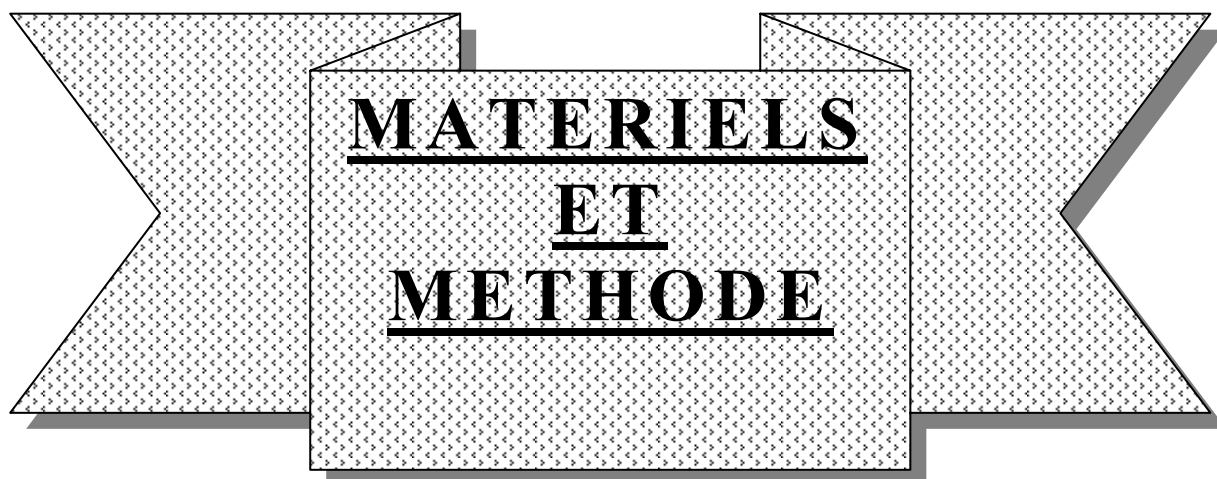
En l'absence d'études réalisées à propos de ce sujet dans le milieu universitaire dans notre pays, notre travail vient contribuer à l'étude de cette « maladie nouvelle » chez les étudiantes universitaires, comme population à risque, de Marrakech; en essayant d'approcher l'aspect épidémiologique, dans le but d'atteindre quatre objectifs fondamentaux:

- 1) Evaluer la prévalence de la boulimie et du comportement alimentaire inhabituel chez les étudiantes universitaires.
- 2) Evaluer la prévalence de l'obésité dans cette population
- 3) Evaluer la prévalence de la dépression dans cette population.
- 4) Tracer le profil socioculturel des étudiantes avec boulimie ou avec comportement alimentaire inhabituel.

Ce travail sera subdivisé en deux parties:

-La première partie exposera les résultats de notre enquête, menée auprès de 480 étudiantes de l'université Cadi Ayyad et de l'école ENSA à Marrakech au cours de l'année universitaire 2004-2005.

-La deuxième partie sera réservée à l'étude analytique de ces données épidémiologiques et aux commentaires relatifs aux résultats de l'enquête ; précédée de quelques généralités sur ce trouble.



**MATERIELS**  
**ET**  
**METHODE**

## **I/ Matériels de l'étude :**

### **1- Type de l'étude :**

Nous avons mené une étude transversale à visée descriptive afin d'estimer la prévalence de la boulimie et du comportement alimentaire inhabituel et leurs caractéristiques chez les étudiantes universitaires à Marrakech.

### **2- Echantillonnage :**

Notre enquête a concerné un échantillon de 480 étudiantes de l'université Cadi Ayyad et d'une école privé :

- Faculté de médecine et de pharmacie Marrakech
- Faculté des sciences.
- Faculté des lettres.
- Faculté de droit.
- Ecole nationale des sciences appliquées (ENSA).

Pour calculer la taille de l'échantillon, il fallait tenir compte de la prévalence de la boulimie dans la littérature (3,4 %) et de la précision souhaitée (2 %). La taille est obtenue par la formule suivante (4):

$$N = P (1 - P) (Zx /D) ^2$$

N : Taille de l'échantillon.

P : Prévalence de la boulimie selon la littérature.

Zx : Degré de confiance.

D : Ecart d'imprécision.

Ainsi la taille de l'échantillon minimale était estimée à 96 étudiantes.

Afin de maximiser la puissance statistique de l'étude nous avons mené notre enquête auprès de 480 étudiantes.

### **3- Le questionnaire: (voir annexes)**

Un questionnaire élaboré par le service universitaire psychiatrique (C.H.U. Med VI) a été distribué aux étudiantes. C'est un questionnaire anonyme subdivisé en trois parties :

1° partie : \*Les caractéristiques sociodémographiques des étudiantes.

\*Les caractéristiques physiques (poids et taille) des étudiantes pour évaluer l'obésité selon l'indice de masse corporelle (IMC) :

$$I M C = P o i d s / T a i l l e ^ 2 .$$

L e s n o r m e s p r i s e s e n c o m p t e :

\* <18 : Maigreur

\* 18-25 : Corpulence normale

\* 25-30 : Surpoids

\* >30 : Obésité

2° partie : L'identification des étudiantes souffrantes de symptômes boulimiques ou d'accès de frénésie alimentaire, à travers le score de BITE (5) ( élaboré à partir des critères de diagnostic de la boulimie de DSM III et de Russel 1979).

C'est un autoquestionnaire qui est constitué de deux sous échelles:

\*L'échelle de symptômes (30 items) : elle évalue le nombre de symptômes présents pendant les quatre dernières semaines.

\*L'échelle de sévérité (3 items) : elle fournit un indice de sévérité du comportement de frénésie alimentaire ou de purge en fonction de leur fréquence.

L e s n o r m e s p r i s e s e n c o m p t e :

Note seuil pour l'échelle de symptômes est 20.

-Score élevé (20 et plus) : possibilité de boulimie.

-Score moyen (10-19) : comportement alimentaire inhabituel.

-Score bas (<10) : normal.

Note seuil pour l'échelle de sévérité est 5.

-Score de 5 : cliniquement significatif.

-Score de 10 : haut degré de sévérité.

3° partie : L'évaluation de la dépression à travers l'échelle du Beck (5), un autoquestionnaire qui comporte 13 items, chaque item est coté de 0 à 3.

Les normes prises en compte :

\* 0-4 : pas de dépression.

\* 5-7 : dépression légère.

\* 8-15 : dépression modérée.

\* 16 et plus : dépression sévère.

#### **4- Déroulement de l'enquête :**

L'enquête a débuté en février 2005 et s'est étalée sur une période de 7 mois. La prise de contact avec les étudiantes se faisait dans les salles de cours, aux bibliothèques et aux buvettes. Après leur avoir expliqué l'objectif de l'enquête et les modalités de remplir les questionnaires, ceux-ci leur ont été distribués de façon aléatoire. Les réponses ont été recueillies le même jour.

## **II/ Méthode statistique :**

L'analyse statistique s'est basée sur deux méthodes:

- Une analyse descriptive à deux variables: qualitative et quantitative.
  - Pour les variables qualitatives, nous avons utilisé des pourcentages.
  - Pour les variables quantitatives, nous avons utilisé des moyennes et des écarts-types.
- Une analyse bivariée: la réalisation de cette analyse a fait appel à des tests statistiques notamment:
  - Le test de student pour comparer deux moyennes.
  - L'analyse de variance à un facteur pour la comparaison de plusieurs moyennes.
  - Le test khi2 pour la comparaison de pourcentages. Quand les conditions d'application du test khi2 étaient absentes, nous avons utilisé le test exact de fisher.
  - Lorsque les conditions des tests décrits ci-dessus étaient absentes, nous avons fait appel à des tests non paramétriques.

Le logiciel utilisé au cours de l'étude est l'EPI info6.04d fr. Le seuil de signification a été fixé à 5%.



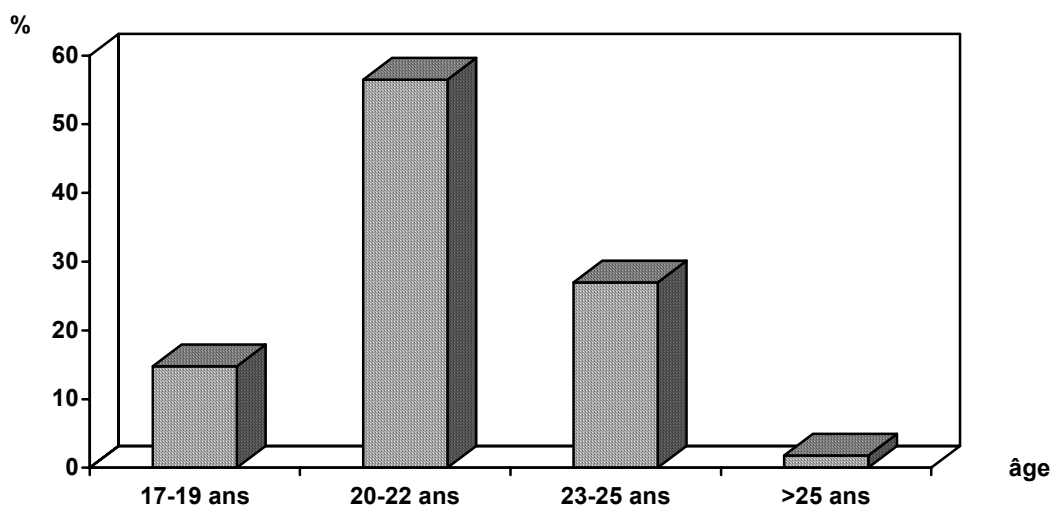
**RESULTATS**

## I/ Caractéristiques sociodémographiques de l'échantillon global:

### 1- L'âge:

La tranche d'âge 20-22 ans était la plus représentative au niveau de notre échantillon, elle constitue 56,5%. 14,8% avaient entre 17-19 ans, 26,9% avaient entre 23-25 ans et 1,8% avaient plus de 25 ans. (Figure n° 1)

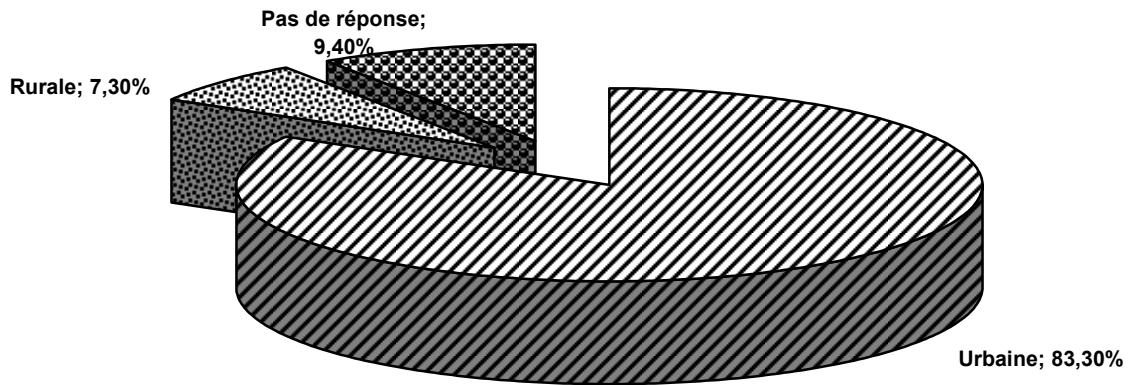
L'âge moyen était 21,41 +/- 1,84 ans avec des extrêmes de 17 à 30 ans.



**Figure n° 1: Répartition des étudiantes selon l'âge.**

### 2- L'origine géographique:

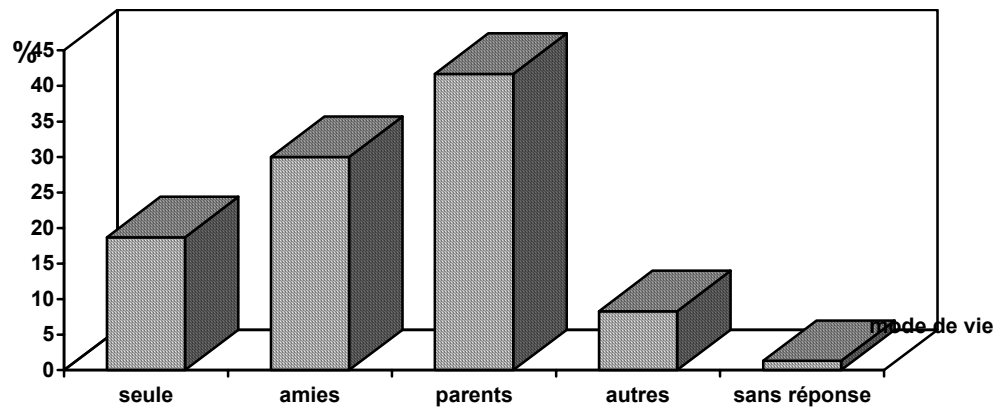
L'origine urbaine était la plus représentative avec 83,3%. (Figure n° 2)



**Figure n° 2: Répartition des étudiantes selon l'origine géographique.**

### **3- Mode de vie :**

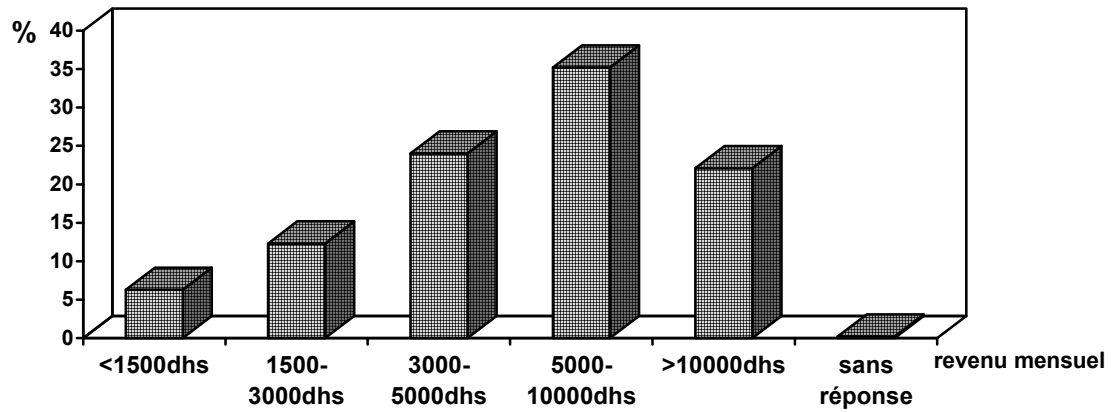
41,7 % des étudiantes vivaient avec leurs parents. (Figure n° 3)



**Figure n° 3: Répartition des étudiantes selon le mode de vie.**

### **4- Niveau socioéconomique de la famille:**

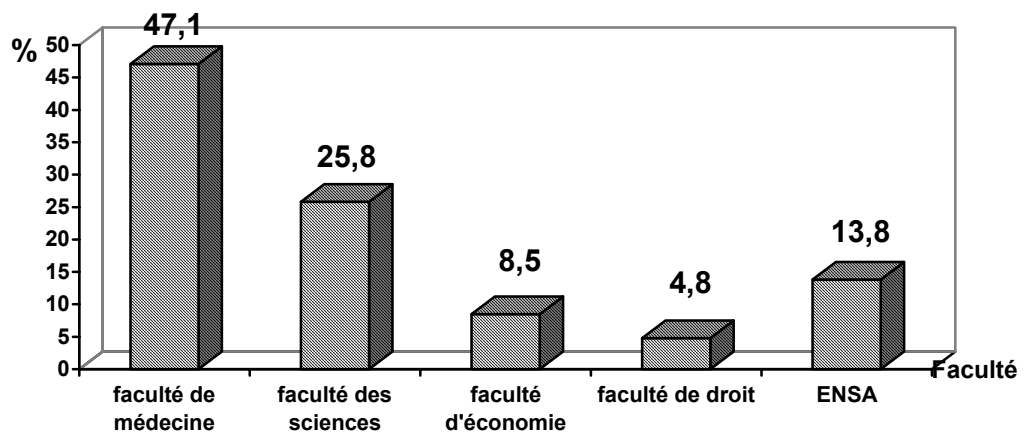
Plus de la moitié des étudiantes étaient issues de familles dont le revenu mensuel était en moyenne supérieur à 5000dhs par mois. (Figure n° 4)



**Figure n° 4: Répartition des étudiantes selon le revenu mensuel.**

### **5- Nature de l'enseignement:**

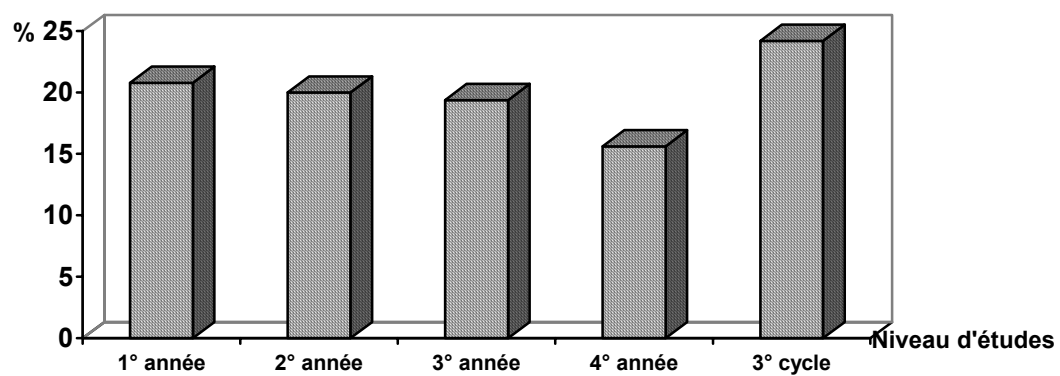
Les étudiantes de médecine représentaient 47,1% de l'échantillon, suivies des étudiantes des sciences avec 25,8%, puis celles d'ENSA avec 13,8%, puis celles d'économie avec 8,5% et enfin les étudiantes de droit avec 4,8%. (Figure n° 5)



**Figure n° 5: Répartition des étudiantes selon la faculté.**

### **6- Niveau d'études:**

Les étudiantes du 3° cycle représentaient 24,2%, suivies des étudiantes de la 1°année, 2°année, 3°année qui avaient des pourcentages rapprochés avec successivement 20,8%, 20% et 19,4%. Quant aux étudiantes de la 4°année, elles ne représentaient que 15,6% de l'échantillon. (Figure n° 6)



**Figure n° 6: Répartition des étudiantes selon le niveau d'études.**

**Tableau n° I : Prévalence des caractéristiques sociodémographiques de l'échantillon global.**

Caractéristiques		Participants à l'étude (n=480)	
		N	%
Age	17-19 ans	71	14.8
	20-22 ans	271	56.5
	23-25 ans	129	26.9
	> 25 ans	9	1.8
Origine géographique	Urbaine	400	83.3
	Rurale	35	7.3
Mode de vie	Seule	90	18.7
	Amies	144	30
	Parents	200	41.7
	Autres	40	8.3
Revenu mensuel de la famille	<1500dhs	31	6.3
	1500-3000dhs	59	12.3
	3000-5000dhs	115	24
	5000-10000dhs	169	35.2
	>10000dhs	106	22.1
Faculté	Médecine	226	47.1
	Sciences	124	25.8
	Economie	41	8.5
	Droit	23	4.8
	ENSA	66	13.8
Niveau d'études	1° année	100	20.8
	2° année	96	20
	3° année	93	19.4
	4° année	75	15.6
	3° cycle	116	24.2

## II/ Prévalence de l'obésité chez les étudiantes :

82,08% des étudiantes avaient une corpulence normale, 12,08% avaient un surpoids, 3,96% étaient maigre et seulement 1,67% qui étaient obèses. (Figure n° 7)

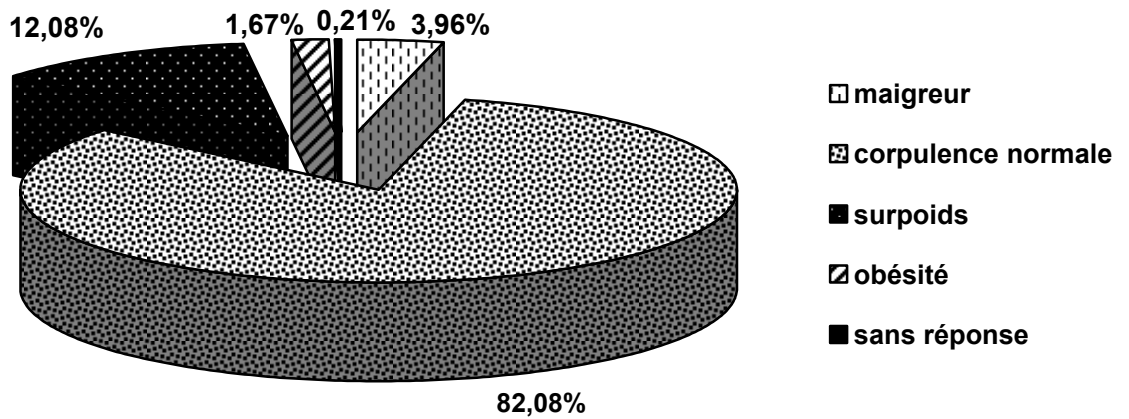


Figure n° 7: Répartition des étudiantes selon l'IMC.

## III/ Prévalence de la dépression chez les étudiantes :

La dépression était retrouvée chez 61,5% des étudiantes, à prédominance légère à modérée avec successivement 24,2% et 30%. (Figure n° 8)

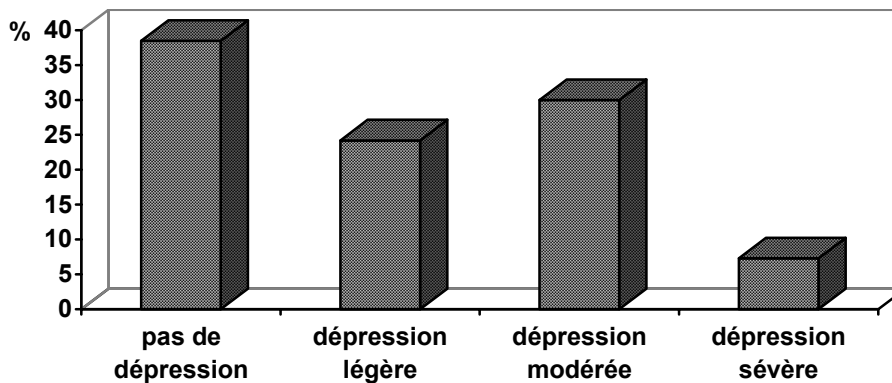


Figure n° 8: Prévalence de dépression chez les étudiantes.

## IV/ Etude de la boulimie chez les étudiantes:

### 1- Prévalence de la boulimie :

La prévalence globale de la boulimie en milieu universitaire à Marrakech (Année 2004–2005) était de 4%. (Figure n° 9)

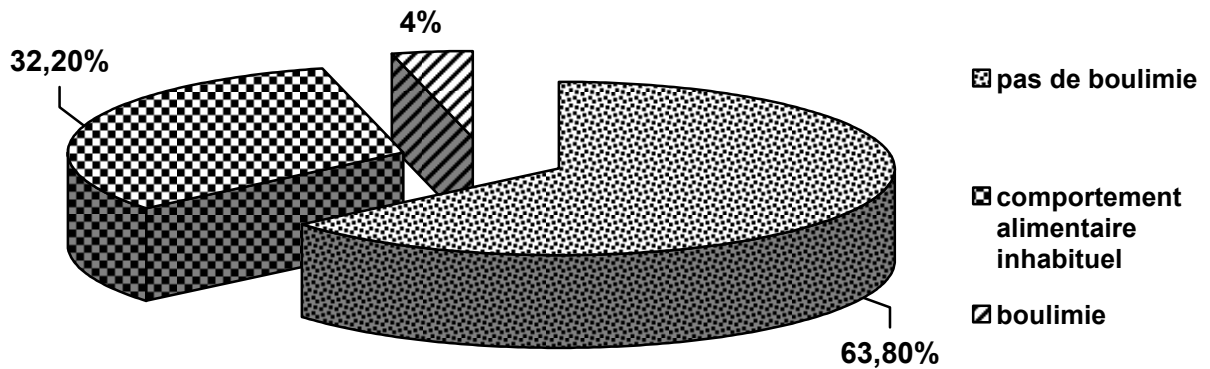
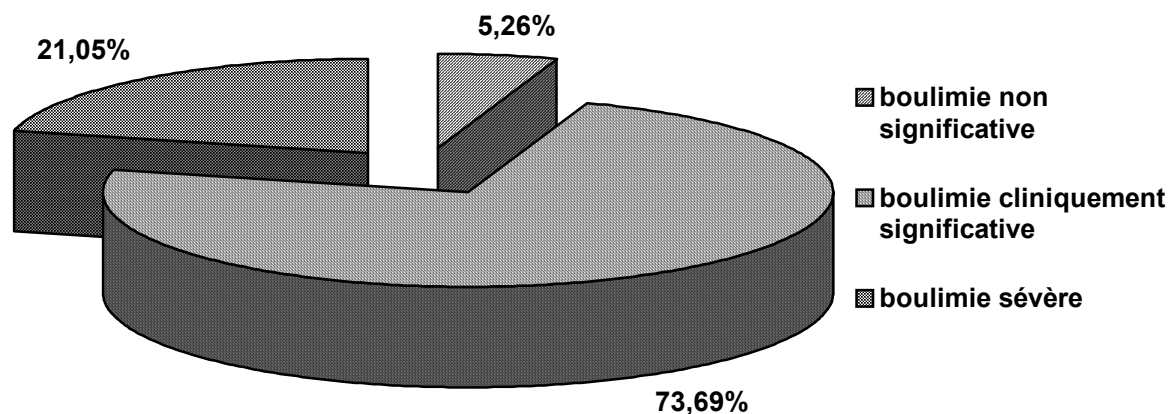


Figure n° 9: Prévalence de la boulimie chez les étudiantes.

### 2- Prévalence de la sévérité de la boulimie :

21,05% des étudiantes boulimiques avaient une boulimie sévère. (Figure n° 10)



**Figure n° 10 : Prévalence de la sévérité de la boulimie chez les étudiantes boulimiques.**

### **3- Prévalence des moyens de contrôle du poids :**

6 cas boulimiques parmi 19 (31,5%) avaient recours à des moyens de contrôle du poids.

- 4 cas (66,6%) utilisent le coupe-faim dont la moitié de façon occasionnelle et l'autre moitié 2-3 fois par semaine.

- 2 cas (33,3%) se font vomir, dont un cas de façon occasionnelle et l'autre une fois par semaine.

(Tableau n° II)

**Tableau n° II : Prévalence des moyens de contrôle du poids chez les étudiantes boulimiques.**

	Effectif par fréquence de recours	% des cas boulimiques
Moyens de contrôle du poids	6 cas	31,5 %
Coupe-faim	2 cas (occasionnels)	33,3 %
	2 cas (2-3 fois/semaine)	33,3 %
Diurétiques	0 cas	0
Laxatifs	0 cas	0
Vomissements provoqués	1 cas (occasionnel)	16,65 %
	1 cas (1fois/semaine)	16,65 %

## **V/ Etude du comportement alimentaire inhabituel chez les étudiantes:**

### **1- Prévalence du comportement alimentaire inhabituel :**

La prévalence du comportement alimentaire inhabituel chez les étudiantes en milieu universitaire à Marrakech (Année 2004–2005) était de 32,2%. (Figure n° 9)

### **2- Prévalence des moyens de contrôle du poids :**

13,55% des étudiantes avec comportement alimentaire inhabituel avaient recours à des moyens pour régler leur poids, dont : 71,5% utilisent le coupe-faim

14,27% se font vomir

4,73% utilisent les laxatifs

La fréquence de recours à ces moyens était principalement une seule fois par mois avec 76,11% et 23,89% étaient une seule fois par semaine.

(Tableau n° III)

**Tableau n° III : Prévalence des moyens de contrôle du poids chez les étudiantes avec comportement alimentaire inhabituel (CAI).**

	Effectif	% des cas avec CAI
Moyens de contrôle du poids	21	13,55
Coupe-faim	15	71,5
Diurétiques	0	0
Laxatifs	1	4,73
Vomissements provoqués	3	14,27
Autres	2	9,5
Fréquence de recours		
1 fois/mois	16	76,11
1 fois/semaine	5	23,89
2-3fois/semaine	0	0
Chaque jour	0	0

## VI/ Profil des étudiantes boulimiques :

### 1- L'âge :

La prévalence de la boulimie était plus importante chez les étudiantes de la tranche d'âge 20 à 22 ans avec 70% des étudiantes boulimiques; contre seulement 10% de 17à19 ans et 5% chez celles supérieure à 25 ans. La différence est statistiquement significative. (Figure n° 11)

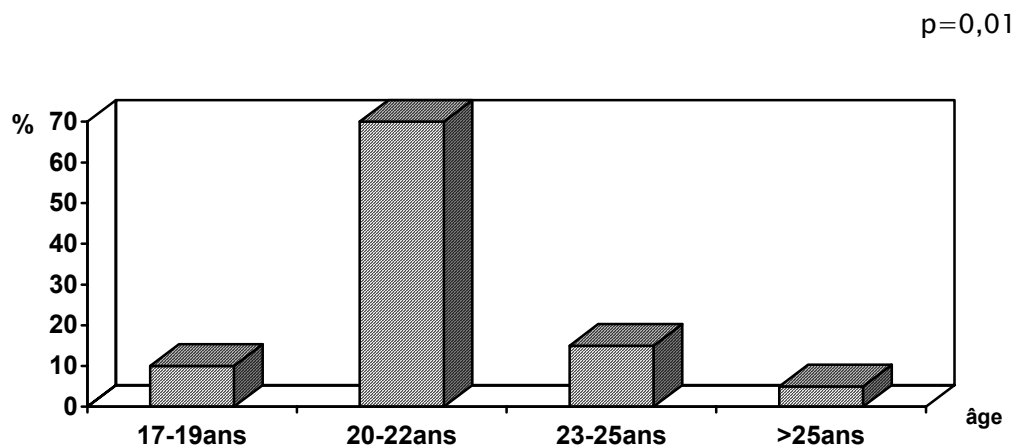


Figure n° 11: Prévalence de la boulimie selon l'âge.

### 2- L'origine géographique:

La distribution de la boulimie selon l'origine était plus importante chez les étudiantes d'origine urbaine avec 94,74%, contre seulement 5,26% chez celles d'origine rurale.

La différence est statistiquement non significative. (Figure n° 12)

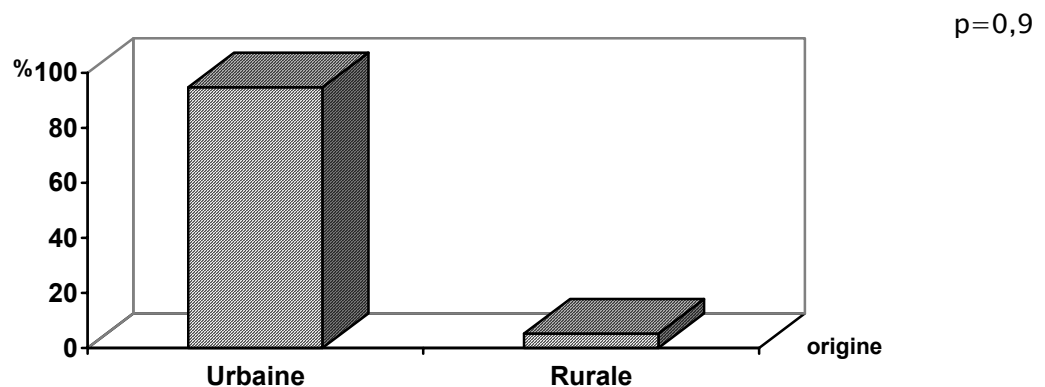
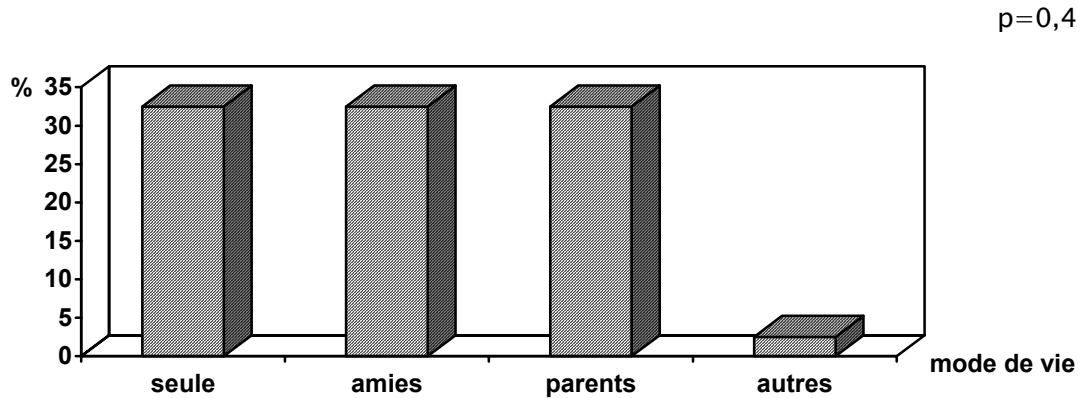


Figure n° 12: Prévalence de la boulimie selon l'origine géographique.

### 3- Le mode de vie:

La distribution de la boulimie selon le mode de vie (seule, avec amies ou avec les parents) était homogène avec chacun 32,5%. (Figure n° 13)

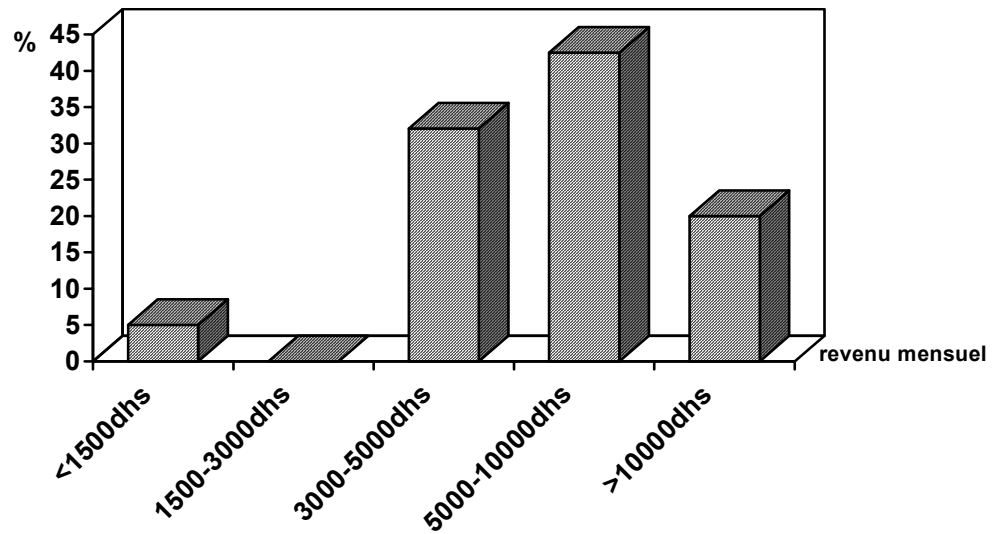


**Figure n° 13 : Prévalence de la boulimie selon le mode de vie.**

### 4- Le niveau socioéconomique:

Le taux le plus élevé de boulimie, de façon significative, était chez les étudiantes dont le revenu mensuel de la famille était supérieur à 5000dhs, avec 62,5%; contre seulement 5% chez celles issues de famille dont le revenu mensuel était inférieur à 1500dhs. (Figure n° 14)

p=0,04

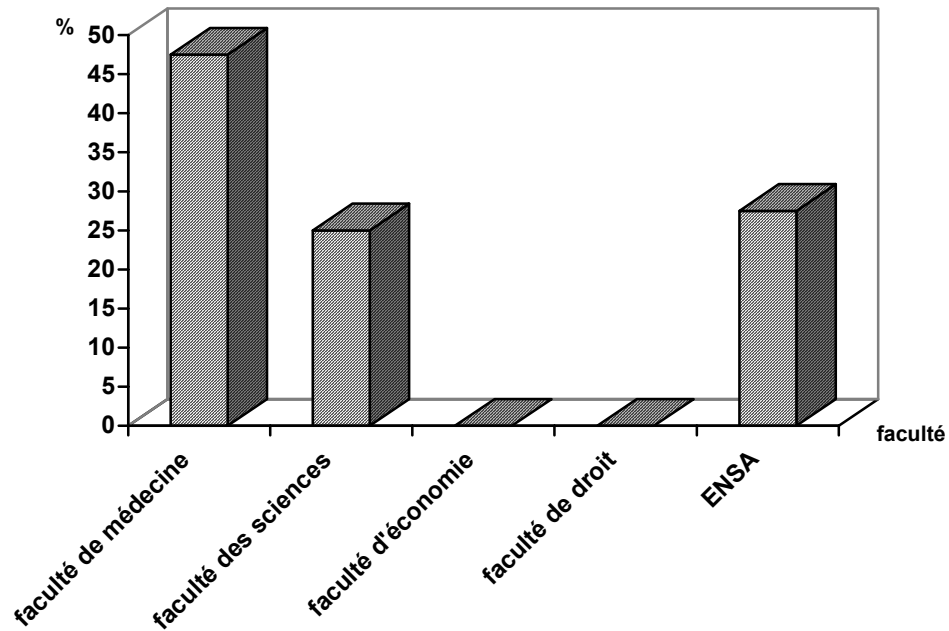


**Figure n°14 : Prévalence de la boulimie selon le revenu mensuel.**

### **5- Nature de l'enseignement:**

La prévalence de la boulimie selon la faculté était plus importante chez les étudiantes de la faculté de médecine avec 47,5%, suivie de celles d'ENSA et de la faculté des sciences avec successivement 27,5% et 25%. Aucun cas n'était retrouvé aux facultés d'économie et de droit. La différence est statistiquement non significative. (Figure n° 15)

P=0,4



**Figure n° 15 : Prévalence de la boulimie selon la faculté.**

### **6- Le niveau d'études :**

Les étudiantes de 3° année et de 4° année avaient plus de boulimie avec successivement 47,5 % et 25%, suivies de celles de 1° année avec 17,5% ; contre seulement 5% chez celles de 2° année et 5% chez celles du 3° cycle. La différence est statistiquement non significative.

(Figure n° 16)

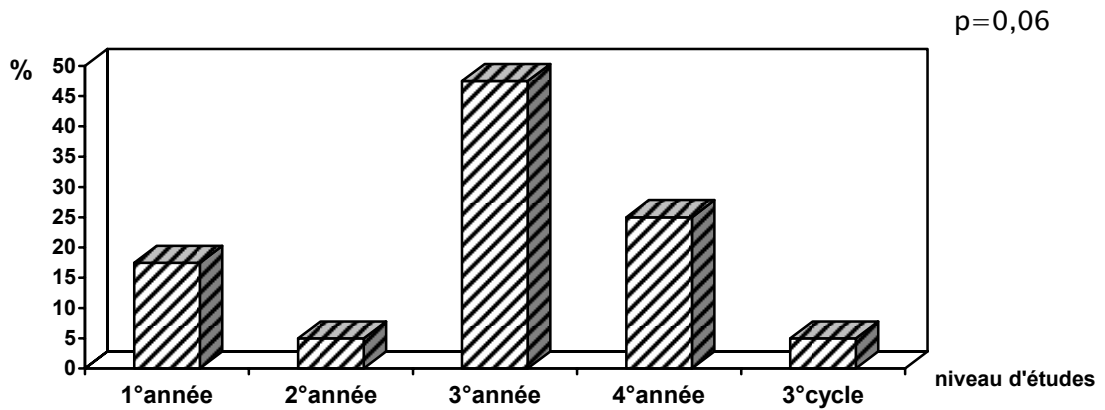


Figure n° 16 : Prévalence de la boulimie selon le niveau d'études.

### 7- Prévalence de l'obésité chez les étudiantes boulimiques:

57,5% des boulimiques avaient un surpoids et 42,5% avaient une corpulence normale. La différence est statistiquement significative. (Figure n° 17)

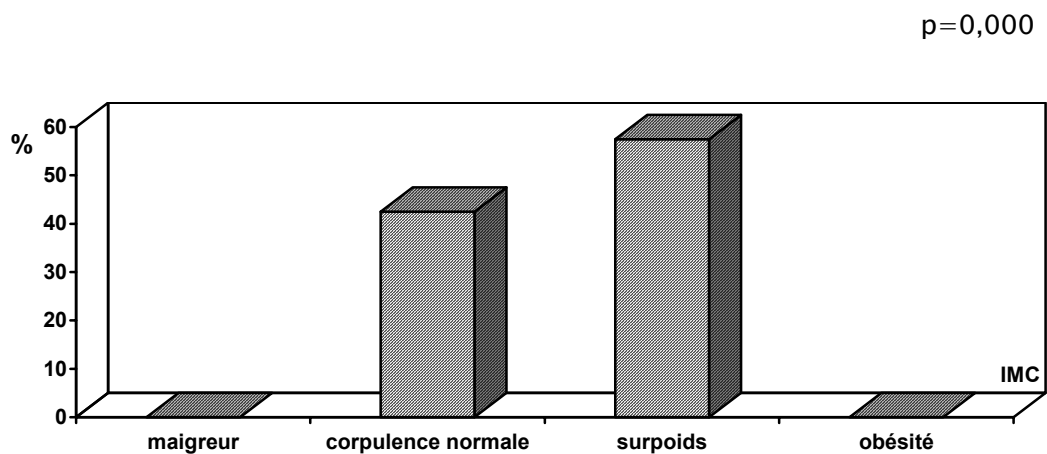


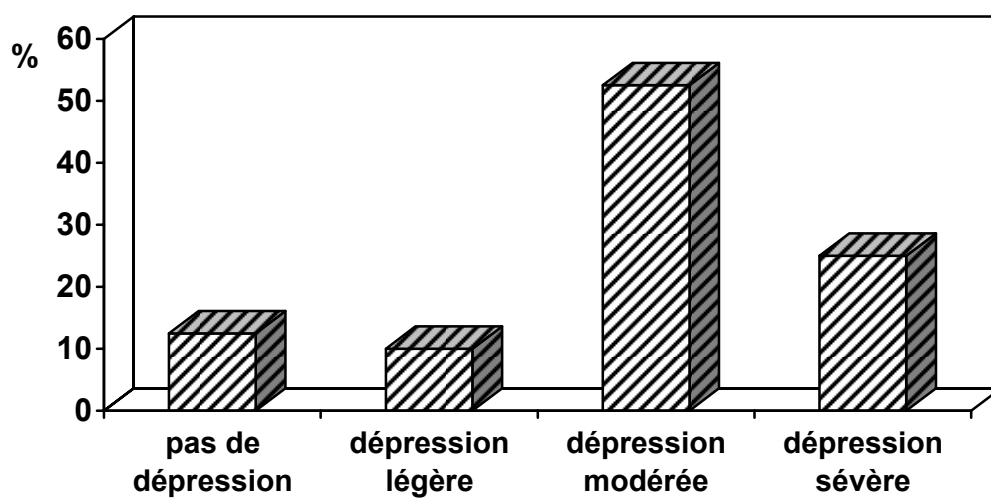
Figure n° 17: Prévalence de la boulimie selon l'IMC.

### 8- Prévalence de la dépression chez les étudiantes boulimiques:

La dépression était retrouvée, de façon significative, chez 57,5% des étudiantes boulimiques. (Figure n° 18)

La dépression modérée était la plus fréquente avec 52,5%. (Figure n° 18)

p=0,000



**Figure n° 18: Prévalence de la boulimie selon la dépression.**

**Tableau n° IV : Tableau récapitulatif du profil des étudiantes boulimiques :**

Caractéristiques		% des étudiantes boulimiques	p
Age	17-19 ans	10	0,01
	20-22 ans	70	
	23-25 ans	15	
	>25 ans	5	
Origine géographique	Urbaine	94,74	0,9
	Rurale	5,26	
Mode de vie	Seule	32,5	0,4
	Avec amis	32,5	
	Avec parents	32,5	
	Autres	2,5	
Revenu mensuel de la famille	<1500dhs	5	0,4
	1500-3000dhs	0	
	3000-5000dhs	32,5	
	5000-10000dhs	42,5	
	>10000dhs	20	
Faculté	Médecine	47,5	0,04
	Sciences	25	
	Economie	0	
	Droit	0	
	ENSA	27,5	
Niveau d'études	1° année	17,5	0,06
	2° année	5	
	3° année	47,5	
	4° année	25	
	3° cycle	5	
Obésité	Maigreur	0	0,000
	Corpulence normale	42,5	
	Surpoids	57,5	
	Obésité	0	
Dépression	Pas de dépression	12,5	0,000
	Dépression légère	10	
	Dépression modérée	52,5	
	Dépression sévère	25	

La boulimie est fréquemment rencontrée chez le sexe féminin au début de l'âge adulte, préférentiellement chez les étudiantes en médecine avec un surpoids et chez qui on retrouve une dépression modérée.

## VII/ Profil des étudiantes avec comportement alimentaire inhabituel:

### 1- L'âge:

La prévalence du comportement alimentaire inhabituel était plus importante, de façon significative, chez les étudiantes de la tranche d'âge 20-22 ans avec 53,42%, suivies chez celles de la tranche d'âge 23-25 ans et 17-19 ans avec successivement 24,53% et 20,81%. Alors que celles de la tranche d'âge >25 ans ne représentaient que 1,24%. (Figure n° 19)

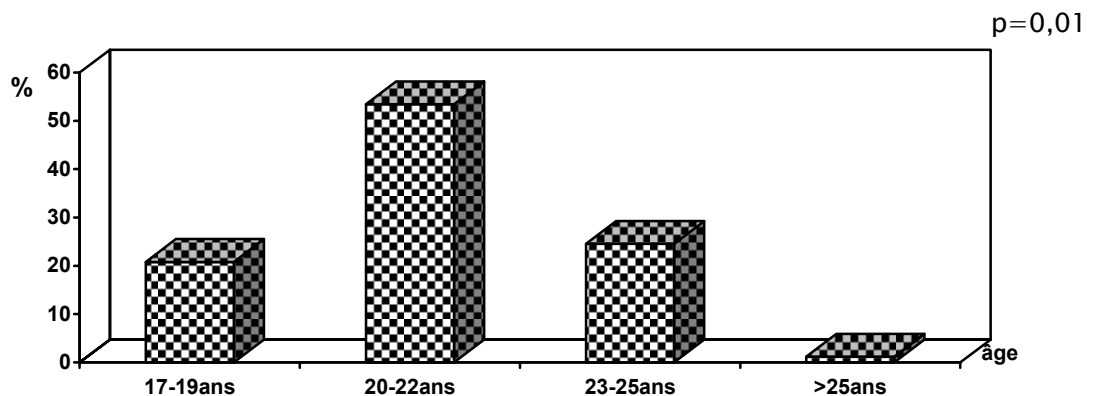
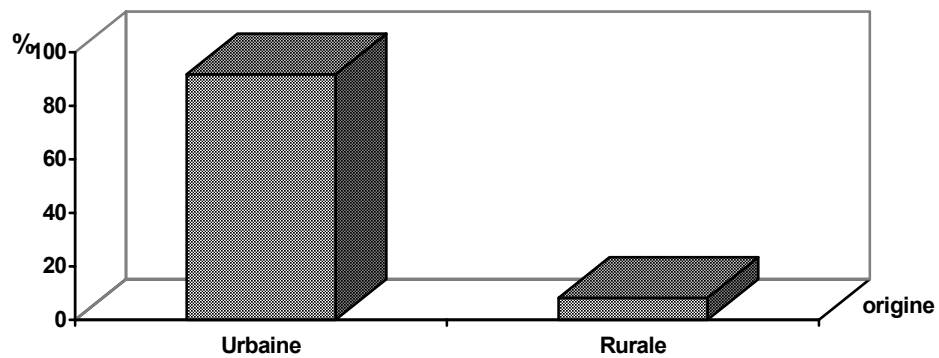


Figure n° 19 : Prévalence du comportement alimentaire inhabituel selon l'âge.

### 2- L'origine géographique:

La distribution du comportement alimentaire inhabituel selon l'origine était plus importante chez les étudiantes d'origine urbaine, avec 91,73% ; contre seulement 8,27% chez celles d'origine rurale. La différence est statistiquement non significative. (Figure n° 20)

p=0,9

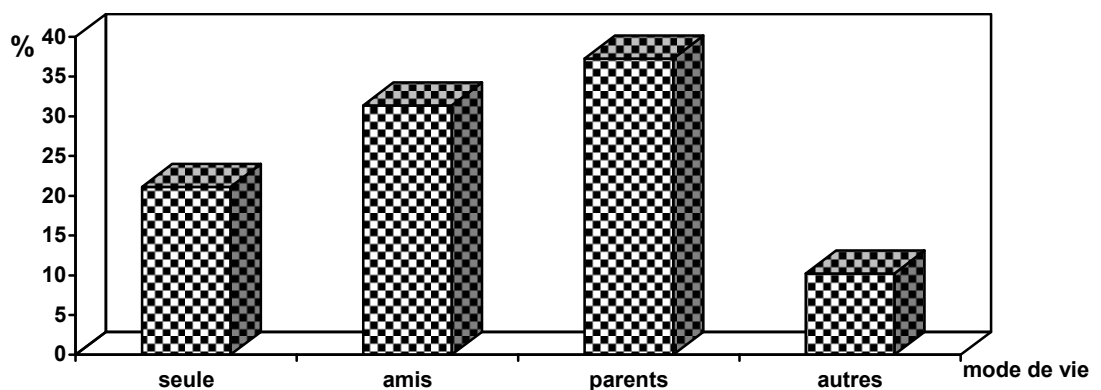


**Figure n° 20 : Prévalence du comportement alimentaire inhabituel selon l'origine géographique.**

### 3- Le mode de vie :

La distribution du comportement alimentaire inhabituel selon le mode de vie (seules, avec amies ou avec les parents) était homogène. Ainsi, la prévalence était successivement de 21,12%, 31,37% et 37,27% pour les trois modes de vie. La différence est statistiquement non significative. (Figure n° 21).

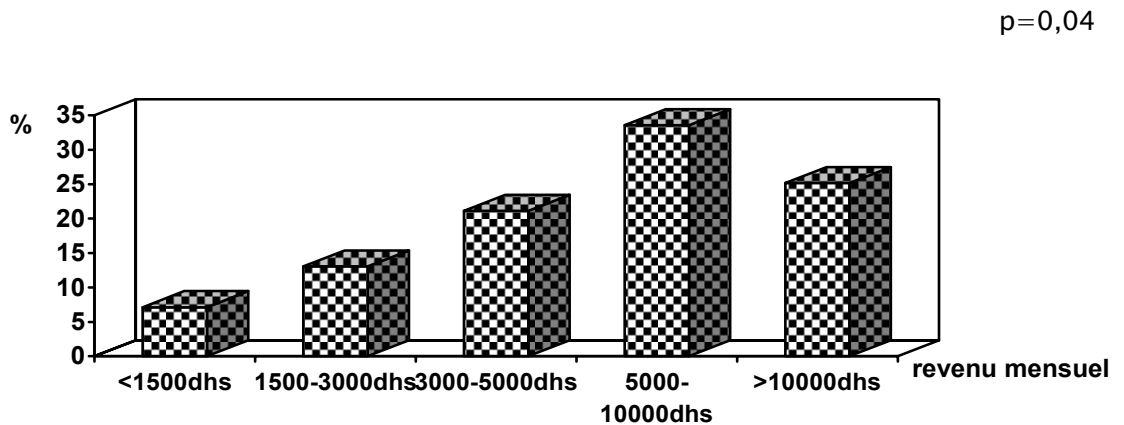
p=0,4



**Figure n° 21 : Prévalence du comportement alimentaire inhabituel selon le mode de vie.**

#### **4- Le niveau socioéconomique:**

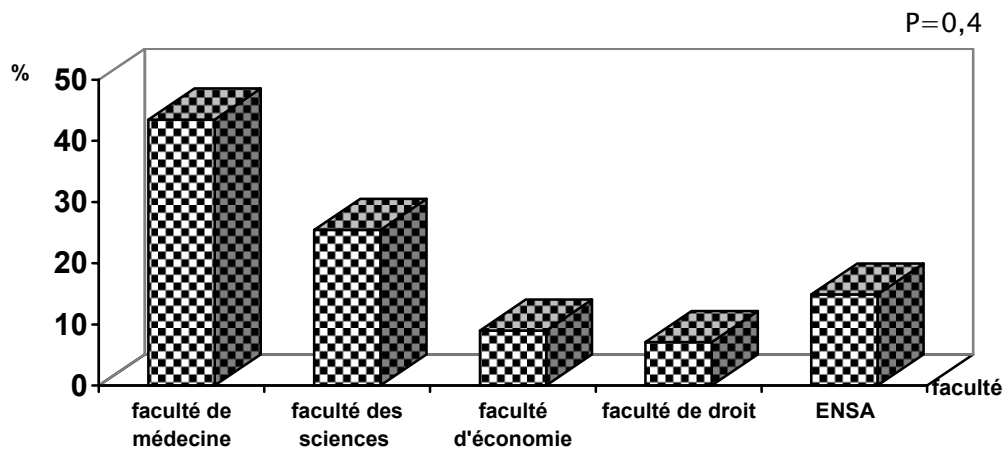
Le taux le plus élevé du comportement alimentaire inhabituel, de façon significative, était chez les étudiantes dont le revenu mensuel de la famille était supérieur à 5000dhs, avec 58,7% ; contre seulement 7,14% chez celles issues de famille dont le revenu mensuel était inférieur à 1500dhs. (Figure n° 22)



**Figure n° 22 : Prévalence du comportement alimentaire inhabituel selon le revenu mensuel.**

#### **5- Nature de l'enseignement :**

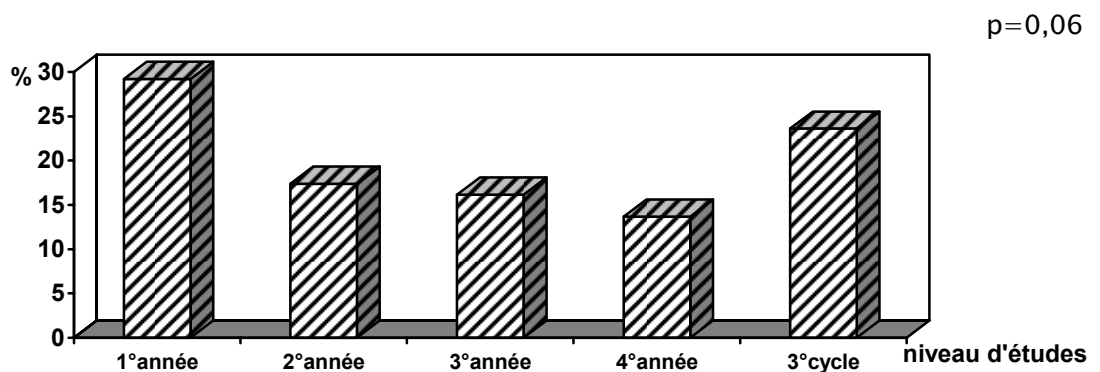
La prévalence du comportement alimentaire inhabituel était plus importante chez les étudiantes de la faculté de médecine avec 43,48%, suivies chez celles de la faculté des sciences et d'ENSA avec successivement 25,46% et 14,91%. La prévalence était très faible au niveau des facultés d'économie et de droit avec successivement 9,01% et 7,14%. La différence est statistiquement non significative. (Figure n° 23)



**Figure n° 23: Prévalence du comportement alimentaire inhabituel selon la faculté.**

### **6- Le niveau d'études:**

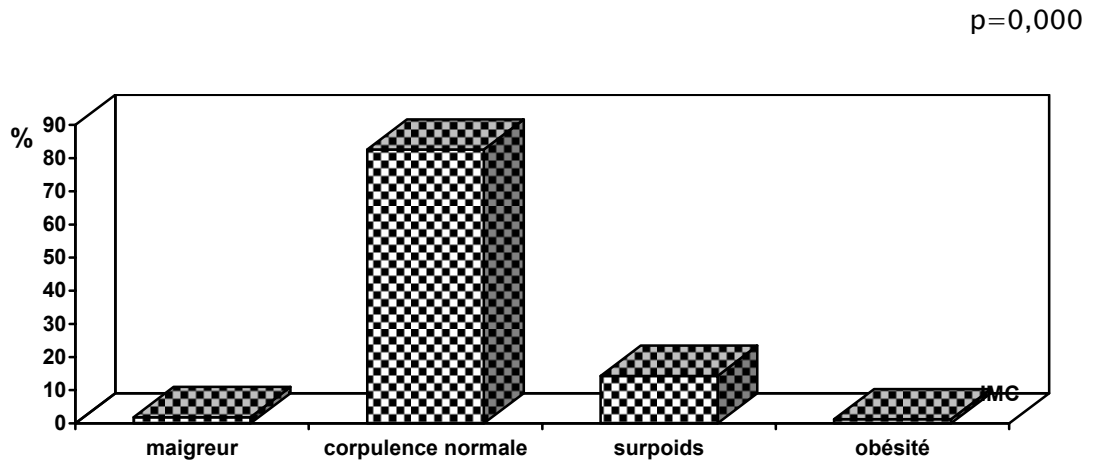
Les étudiantes de 1<sup>ère</sup> année et du 3<sup>ème</sup> cycle avaient plus de comportement alimentaire inhabituel avec successivement 29,19% et 23,6%, contre celles de 2<sup>ème</sup>, 3<sup>ème</sup> et 4<sup>ème</sup> année qui avaient des proportions rapprochées avec successivement 17,39%, 16,15% et 13,66%. La différence est statistiquement non significative. (Figure n° 24)



**Figure n° 24: Prévalence du comportement alimentaire inhabituel selon le niveau d'études.**

## **7- Prévalence de l'obésité chez les étudiantes avec comportement alimentaire inhabituel :**

82,61% des étudiantes avec comportement alimentaire inhabituel avaient, de façon significative, une corpulence normale; 14,28% avaient un surpoids. La maigreur et l'obésité étaient très faibles avec successivement 1,86% et 1,25%. (Figure n° 25)



**Figure n° 25 : Prévalence du comportement alimentaire inhabituel selon l'IMC.**

## **8- Prévalence de la dépression chez les étudiantes avec comportement alimentaire inhabituel:**

La dépression était retrouvée, de façon significative, plus importante chez 66,46% des étudiantes avec comportement alimentaire inhabituel. (Figure n° 26)

La dépression modérée était la plus représentée chez ces étudiantes avec 33,54%. (Figure n° 26)

P=0,000

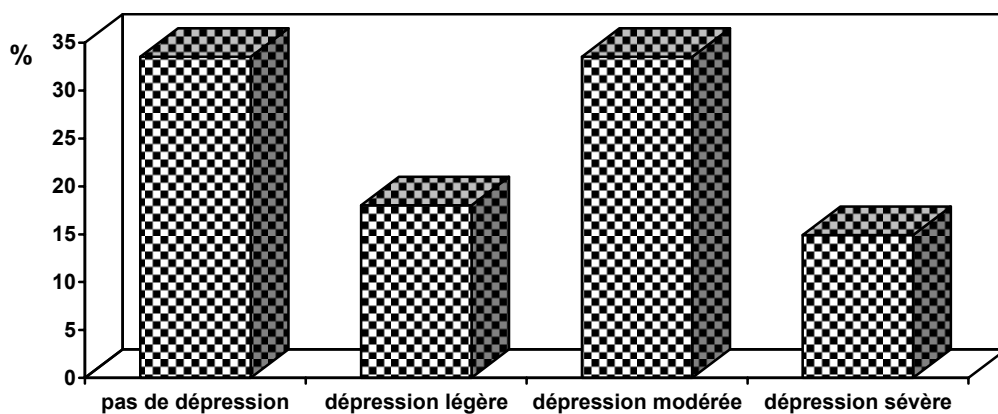
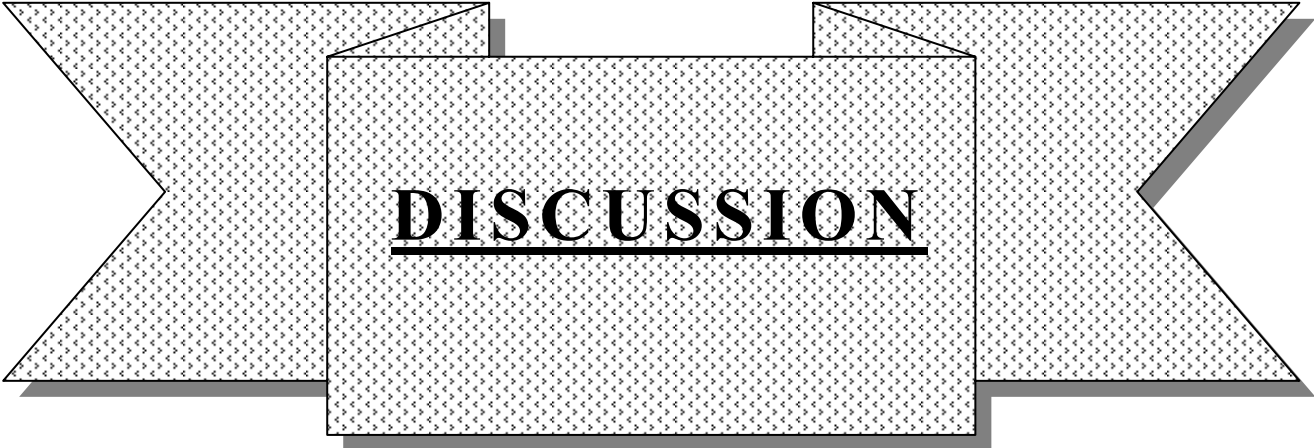


Figure n° 26 : Prévalence du comportement alimentaire inhabituel selon la dépression.

**Tableau n° V : Tableau récapitulatif du profil des étudiantes avec comportement alimentaire inhabituel (CAI).**

Caractéristiques		% des étudiantes avec CAI	p
Age	17-19 ans	20,81	0,01
	20-22 ans	53,42	
	23-25 ans	24,53	
	> 25 ans	1,24	
Origine géographique	Urbaine	91,73	0,9
	Rurale	8,27	
Mode de vie	Seule	21,12	0,4
	Amis	31,37	
	Parents	37,27	
	Autres	10,24	
Revenu mensuel de la famille	<1500dhs	7,14	0,04
	1500-3000dhs	13,04	
	3000-5000dhs	21,12	
	5000-10000dhs	33,55	
	>10000dhs	25,15	
Faculté	Médecine	43,48	0,4
	Sciences	25,46	
	Economie	9,01	
	Droit	7,14	
	ENSA	14,91	
Niveau d'études	1° année	29,19	0,06
	2° année	17,39	
	3° année	16,15	
	4° année	13,66	
	3° cycle	23,6	
Obésité	Maigreur	1,86	0,000
	Corpulence normale	82,61	
	Surpoids	14,28	
	Obésité	1,25	
Dépression	Pas de dépression	33,54	0,000
	Dépression légère	18,01	
	Dépression modérée	33,54	
	Dépression sévère	14,91	

Le comportement alimentaire inhabituel est fréquemment rencontré chez le sexe féminin au début de l'âge adulte, préférentiellement chez les étudiantes en médecine avec une corpulence normale et chez qui on retrouve une dépression modérée.



**DISCUSSION**

## I/ Généralités:

### 1- Historique :

Le terme de la boulimie remonte à l'antiquité. Etymologiquement, boulimie signifie « faim de bœuf » (Dérive du grec : bous, le bœuf et limos, la faim).

Avant son individualisation en tant que syndrome, on trouve dans la littérature un certain nombre de descriptions historiques. Il apparaît dans les textes classiques et les traités médicaux ou théologiques avec une signification constante, celle d'un état pathologique de voracité culminant dans l'ingestion d'une quantité excessive de nourriture.

Depuis plus d'un siècle, la littérature psychiatrique et psychanalytique fait mention de ce trouble particulier des comportements alimentaires :

Lassègue, dès 1873, parle d'un « faux appétit impérieux » en rapport d'inversion avec l'anorexie mentale (6).

Janet (1908) décrit l'alternance, chez l'anorexique, de phases de restriction et de crises de boulimie suivies de remords (7).

Abraham (1924) parle de « convoitise orale accrue » (8).

Freud (1925) parle du « vomissement comme défense hystérique contre l'alimentation » (9).

Fénichel (1945) introduit l'idée que la boulimie serait une « toxicomanie sans drogue » (10).

En 1979, Laurence Igoin (11) publie la boulimie et son infortune, soulignant « l'incroyable souffrance que revendiquent ces patientes qui se plaignent tout simplement de manger ». La même année, en Angleterre, Russel (3) qui, le premier, définit les critères diagnostiques et les caractéristiques fondamentales de la « bulimia nervosa : an ominous variant of anorexia nervosa ». Dès 1985 ce terme sera, pour Russel, réservé aux formes évolutives de l'anorexie mentale et nommera simplement « boulimie », le syndrome proprement dit.

La première mention de la boulimie dans la classification nosographique américaine apparaît dans le DSM-III (3<sup>e</sup> version du Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 1980) (12). On y décrit le déroulement des crises de boulimie : « ingestion en cachette de nourriture hypercalorique et facilement absorbable, fin des épisodes par des douleurs abdominales, un endormissement, un événement extérieur ou des vomissements provoqués ».

La révision du DSM-III (DSM-III-R, 1987) (13) introduit une notion de fréquence et de persistance des crises pour pouvoir parler de boulimie significative (au moins deux épisodes boulimiques par semaine en moyenne pendant au moins trois mois) et souligne une attitude psychopathologique sous-jacente commune avec l'anorexie mentale : « préoccupation excessive et persistante concernant le poids et les formes corporelles ».

Actuellement, dans le DSM-IV-TR (4<sup>e</sup> version du Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 2004) (14), la pertinence et la validité des critères diagnostiques antérieurs ont été reconsidérées, au vu d'un grand nombre d'études portant sur de larges populations cliniques et épidémiologiques de sujets boulimiques. Ainsi les critères diagnostiques de la boulimie (Bulimia Nervosa) selon DSM IV TR sont :

**A.** Survenue récurrente de crises de boulimie (binge eating). Une crise de boulimie répond aux deux caractéristiques suivantes:

1. Absorption, en une période de temps limitée (par exemple moins de 2 heures), d'une quantité de nourriture largement supérieure à ce que la plupart des gens absorberaient en une période de temps similaire et dans les mêmes circonstances ;

2. Sentiment d'une perte de contrôle sur le comportement alimentaire pendant la crise (par exemple sentiment de ne pas pouvoir s'arrêter de manger ou de ne pas pouvoir contrôler ce que l'on mange ou la quantité que l'on mange).

**B.** Comportements compensatoires inappropriés et récurrents visant à prévenir la prise de poids, tels que : vomissements provoqués ; emploi abusif de laxatifs, diurétiques, lavements ou autres médicaments ; jeûne ; exercice physique excessif.

**C.** Les crises de boulimie et les comportements compensatoires inappropriés surviennent tous deux, en moyenne, au moins deux fois par semaine pendant trois mois.

**D.** L'estime de soi est influencée de manière excessive par le poids et la forme corporelle.

**E.** Le trouble ne survient pas exclusivement pendant des épisodes d'anorexie mentale (anorexia nervosa).

Spécifier le type :

**Type avec vomissements ou prise de purgatifs** (purging type) : pendant l'épisode actuel de boulimie, le sujet a eu régulièrement recours aux vomissements provoqués ou à l'emploi abusif de laxatifs, diurétiques, lavements.

**Type sans vomissements ni prise de purgatifs** (non purging type) : pendant l'épisode actuel de boulimie, le sujet a présenté d'autres comportements compensatoires inappropriés, tels que le jeûne ou l'exercice physique excessif, mais n'a pas eu régulièrement recours aux vomissements provoqués ou à l'emploi abusif de laxatifs, diurétiques, lavements.

Ceux de la dernière classification internationale des troubles mentaux (CIM-10) de l'Organisation mondiale de la santé (1993) (15) sont très proches.

## **2- Etiopathogenie:** (2)

Etiologie multidimensionnelle avec des facteurs prédisposants, des facteurs déclenchants et des facteurs d'entretien.

### **2-1- Hypothèses émises**

#### **❖ Hypothèses sociologiques:**

- La minceur fait un investissement quasi fétichiste et y est devenu synonyme non seulement de beauté mais encore de maîtrise et de réussite. Les médias sont le porte-voix des moyens d'obtenir cet amincissement mais rarement celui des dangers physiques et psychologiques qu'ils entraînent.
- L'écart croissant entre les normes prônées et la réalité des mensurations féminines a des conséquences qu'on ne doit pas sous estimer. La première d'entre elles est la difficulté des femmes à qualifier leur poids, et en particulier à savoir ce que l'on peut véritablement considérer comme un "surpoids".
- La multiplication dans les magazines des articles consacrés aux régimes amaigrissants et des publicités pour les techniques chirurgicales d'amaigrissement.
- Glorification de la jeunesse dans le sens de la préservation d'un corps nubile tel que les anorexiques souhaitent en conserver un.
- Le corps médical a certainement contribué lui-même à cet état de fait en prônant des normes idéales "hygiéniques" de poids.

❖ **Hypothèse biologique:**

- Des mécanismes biologiques agissant au niveau de l'hypothalamus interviennent dans la régulation des comportements alimentaires et du poids. On évoque surtout la participation de la sérotonine avec un déficit sérotoninergique central qui pourrait être responsable des troubles de l'humeur et des conduites alcooliques.

❖ **Hypothèses psychanalytiques:**

- Il s'agit d'une pathologie de l'adolescence qui apparaît comme une véritable "plaque tournante" psychique; son potentiel de réorganisation psychique est considérable; lorsqu'il survient à cette période de vie, le symptôme alimentaire a donc plus de chance de s'installer durablement, devenant une voie d'expression commune des conflictualités psychiques de tous ordres.
- L'émergence des troubles alimentaires dans le cadre des troubles du narcissisme, hétérogénéité des structures psychiques présentes à l'arrière plan des troubles alimentaires. La clinique nous montre que, autour d'un grand nombre de cas narcissique, le spectre s'étend des marges de la psychose aux économies psychiques à prévalence névrotique.
- Si l'on se place du côté de la pathologie du narcissisme, la dépression apparaît ici comme le résultat de l'écart existant entre un idéal du moi inatteignable et la perception que le sujet a de lui-même. La honte, le sentiment d'auto-dévalorisation en témoignent.

❖ **Hypothèse génétique:**

- La conclusion sur les études menées sur l'implication des facteurs génétiques dans la boulimie retrouve les mêmes facteurs que ceux impliqués dans la prédisposition générale à l'obésité, aux addictions et aux troubles de l'humeur. S'il existe une vulnérabilité génétique, l'apparition du trouble dépend néanmoins de facteurs environnementaux.

### **2-2- Facteurs prédisposants:**

- Sexe féminin: Evident et confirmé par toutes les études ( un cas masculin pour neuf cas féminin).
- Age: Certaines études trouvent de haute prévalence en début de l'adolescence (études dans les « high schools »), en contradiction avec d'autres résultats qui montrent une prévalence plus forte plus tardivement.
- Niveau socioéconomique: Plus fréquent dans les couches de niveau socioéconomique élevé et dans celles où un degré important de réussite sociale et de maîtrise personnelle est valorisé et nécessaire. Les groupes socioprofessionnels où le corps et son exposition au regard des autres sont primordiaux semblent particulièrement concernés par ce trouble (danseuses, mannequins). Toutefois toutes les études ne vont pas dans ce sens et des études comparatives ont pu parfois montrer une prévalence supérieure dans les classes moins favorisées.
- Critères ethniques: Pays occidentaux ou les pays et les groupes sociaux en voie d'occidentalisation.
- Facteurs somatiques: Obésité, diabète.

### **2-3- Facteurs déclenchants:**

- \* Evénements vitaux survenant sur un terrain fragile.
- \* La pratique d'un régime: La boulimie peut alors paraître un moyen pour satisfaire la faim.
- \* Les médias ont certainement eu une influence à ce niveau et contribué à faire répandre le modèle boulimique.

### **2-4- Facteurs d'entretien:**

- Leur influence est capitale. Ils agissent à différents niveaux biologiques et psychologiques que l'on a développé dans le chapitre des hypothèses.
- La boulimie, comme les autres comportements addictifs, instaure de véritables cercles vicieux.

### **3- Caractéristiques de la boulimie** : (2,16,17)

L'accès boulimique consiste en une ingestion rapide et incontrôlable d'une quantité excessive d'aliments. Ressentie comme une impulsion incoercible, une fois débutée, après un sentiment de « déclic », la crise doit, le plus souvent, se dérouler « jusqu'au bout » .

La patiente peut opposer des stratégies de lutte :

- Eviter les lieux tentants où la nourriture est abondante, voire vider l'appartement de toute nourriture.
- Dépenser son argent à autre chose pour ne plus en avoir assez pour se fournir en nourriture.
- Chercher à ne plus avoir un moment de libre.
- Se faire accompagner dans la rue pour ne pas céder à la nourriture.
- Tenter de mâcher longtemps avant d'avalier...

#### **3-1- Les circonstances de l'accès boulimique** :

- Lieux variables: \* Dans un premier temps, ils correspondent à un désir de tenir les troubles secrets et ignorés de l'entourage habituel. Les crises peuvent aussi se dérouler au domicile familial mais dans la solitude. Parfois dans la rue. Il est ainsi assez fréquent de voir ces patientes mener une « double vie alimentaire » pendant des années : conventionnelle en apparence, boulimique en secret.

\* Dans un deuxième temps la patiente présentant des crises subintrantes se gave et vomit sans plus de souci de se cacher aux siens.

- Les crises peuvent être programmées à jour et à heure fixe, ou n'importe quand, de façon imprévisible.

#### **3-2- Les accès eux-mêmes** :

La pré-crise: Sentiment mal définissable, la patiente se sent envahie d'une excitation, d'une tension, d'une angoisse et d'une frénésie à manger. La patiente essaie de lutter contre ce besoin tenaillant mais, le plus souvent c'est en vain et elle « craque ».

La crise: \* La façon de s'alimenter est particulière et «sauvage»: ingestion gloutonne et d'une grande rapidité des aliments, souvent sans mastication.

\* La qualité de nourriture est variable: souvent les aliments «défendus », parfois non choisis «n'importe quoi » tombant dans la main.

\* La quantité varie aussi; mais, dans la majorité des cas très importante, de plusieurs milliers de calories par repas.

La fin de la crise : Après un temps variable (2-8 heures), avec un « signal » qui peut être:

- Un sentiment de réplétion ou de douleur excessive.
- Une arrivée inopinée d'un observateur extérieur.
- Un horaire fixe à respecter.
- Parfois un vomissement permet d'obtenir une vacuité gastrique nécessaire à une nouvelle ingestion.

La poste crise: \* La crise est souvent suivie de vomissements, et d'une période de bien être, d'amnésie et d'assoupissement. Cette période est elle-même suivie d'une période d'intenses remords, de culpabilité et de honte.

\* Les comportements alimentaires en dehors des crises alimentaires sont eux-mêmes perturbés dans la majorité des cas: périodes de régime ou de jeûne, repas irréguliers, alimentation déséquilibrée...

### **3-3- La fréquence des accès :**

La fréquence est très variable: de 1 à 2 accès par semaine à plus de 15 accès par jour au cours de véritable « état de mal boulimique ». Cette pratique peut être régulière ou survenir par périodes de plusieurs mois ou semaines, avec des intervalles libres de durée variable.

### **3-4- Stratégies de contrôle du poids :**

La peur de grossir donne lieu à différentes stratégies de contrôle du poids:

- Vomissement provoqué: le plus habituel.
- Mâchonnements interminables, voir le méricysme.
- Usage de différents médicaments : laxatifs, diurétiques, anorexigènes...
- Hyperactivité, le sport.

### **3-5- Comparaison entre les patientes boulimiques (DSM IV) et celles avec comportement alimentaire inhabituel (boulimiques subcliniques):**

Les patientes avec comportement alimentaire inhabituel sont des patientes consultant pour des crises de boulimie et ne présentant pas l'ensemble des caractéristiques cliniques qui y sont associées.

-Les différences:

- ❖ À peine plus âgées.
- ❖ L'histoire de leur trouble des conduites alimentaires s'est déroulée de manière tout à fait parallèle.
- ❖ Sévérité des troubles alimentaires moins élevée.
- ❖ Moindre fréquence et moindre durée des crises.
- ❖ Moyens pour contrôler le poids:
  - Type purgatif (vomissements provoqués, prise de laxatifs ou de diurétiques): moins fréquents.
  - Méthodes restrictives (exercice physique excessif, régimes alimentaires ou prise de coupe-faim): largement utilisées.
- ❖ Poids significativement plus élevé tout en restant le plus souvent dans la zone normopondérale.

-Les similitudes :

- ❖ Fréquence similaire des idées et des tentatives de suicide, des antécédants de troubles dépressifs et de troubles anxieux, des comportements dangereux ou antisociaux, de consommation d'alcool ou d'autres substances psychoaffectives, des comportements impulsifs.
- ❖ Similitude à l'adaptation socioprofessionnelle.
- ❖ Même fréquence des difficultés scolaires et des difficultés professionnelles.
- ❖ Un quart des boulimiques subcliniques répond à la définition américaine du Binge Eating Disorder (BED) en français hyperphagie boulimique.

La demande de soins répond à une psychologie tout à fait réelle, qui nécessite d'être prise en charge au même titre que celle des patientes boulimiques plus typiques.

Les efforts thérapeutiques devront viser à prévenir l'aggravation d'une symptomatologie alimentaire, dont on a vu à quel point il était proche de celle des patientes répondant à un diagnostic strict de la boulimie.

### **3-6- Groupe à risque :**

C'est celui décrit au paragraphe «facteurs prédisposants ».

### **3-7- Comorbidité psychiatrique :**

Le trouble boulimique est souvent intriqué à d'autres pathologies qui se situent schématiquement sur trois registres différents:

-Trouble de l'humeur : Un syndrome dépressif majeur serait présent chez 60-80% des patientes boulimiques.

-Trouble de la personnalité: Personnalités borderlines sont retrouvées dans 25-45% des cas.

Personnalités histrioniques sont retrouvées dans 10% des cas.

-Trouble du comportement: Conduites addictives.

### **3-8- La boulimie chez l'homme:**

La forte prédominance féminine observée dans les troubles de conduites alimentaires a longtemps laissé croire que ceux-ci ne survenaient chez le garçon que sous forme atypique, ou en présence d'un trouble de l'identité sexuelle.

Des cas de boulimie masculine ont été rapportés depuis longtemps, comme le montre une publication un peu anecdotique (Crichton 1996) à propos de deux empereurs romains du 1<sup>er</sup> siècle. Claudius et Vitellius, qui présentaient une variante de la boulimie avec vomissements provoqués, pratiqués publiquement, de façon intermittente et luxueuse, par une élite qui ne semblait pas craindre de grossir.

La relative rareté du syndrome rend parfois son diagnostic délicat, d'autant que, honteux, les hommes avouent souvent difficilement présenter ce trouble, réputé être une « maladie des femmes ». Il faut donc savoir y penser systématiquement.

### **3-9- Complications :**

1- Poids : \* Variable : peut être augmenté, diminué ou normal . Peut varier dans le temps ou être stable.

\* L'apparence de bonne santé ne doit pas tromper, les risques médicaux sont parfois majeurs.

2- Dilatation gastro-intestinales: Elle est rare mais on a pu décrire des cas de rupture.

3- Complication dues aux vomissements :

- ❖ Au niveau de l'œsophage : œsophagite, syndrome de Mallory-Weiss et, parfois rupture.
- ❖ Au niveau de la cavité buccale : complications dentaires, caries par érosions, acide de l'émail, hypertrophie parotidienne.
- ❖ Hypokaliémie et autres troubles électrolytiques : risque de l'hypokaliémie, en particulier sur la conduction cardiaque.
- ❖ Pneumonie par inhalation du liquide gastrique.

4- Complications dues aux laxatifs:

- ❖ Désordre électrolytique.
- ❖ Hypocalcémie, ostéomalacie.
- ❖ Troubles de la fonction pancréatique.
- ❖ Entéropathie avec perte de protides, colon spasmodique.
- ❖ Hémorragies gastro-intestinales.

5- Complications dues aux diurétiques: Troubles électrolytiques.

6- Complications dûes aux émétiques: Des produits à base de l'Ipéca ont induit des myopathies (généralisées et cardiomyopathies).

7- Irrégularités menstruelles: Dysménorrhées diverses, possibles même lorsque le poids est normal. Conséquence sur la fertilité.

8- Mort subite: Arrêt cardiaque.

### **3-9- Traitement :**

La majorité des auteurs propose d'appliquer à la boulimie, comme aux autres troubles de conduites alimentaires en général, des traitements multidimensionnels, c à d qui conjuguent des pratiques dont, les bases théoriques sont très différentes les unes des autres:

- \* Psychothérapie analytique ou d'inspiration analytique
- \* Psychothérapie cognitivo-comportementale
- \* Mesures diététiques et éducationnelles

\* Chimiothérapie (les antidépresseurs sont les plus utilisés, ils ont une action sur l'humeur et aussi les sensations de faim et satiété).

### **3-10- Evolution et pronostic :**

En matière de boulimie, il est encore trop tôt pour avancer des conclusions définitives quant au pronostic.

L'évolution est constituée d'épisodes successifs avec des épisodes de rémissions et de rechutes.

## **II/ Discussion des résultats:**

### **1 – Etude de la boulimie:**

#### **1-1- Comparaison de la prévalence de la boulimie:**

La prévalence de la boulimie chez les étudiantes de notre échantillon était de 4%.

La prévalence de la boulimie reste difficile à estimer devant la grande disparité des résultats. Cette disparité peut être expliquée par des biais de méthodologies qui concernent les techniques d'échantillonnage, la non validation, le manque de précision des termes utilisés dans les questionnaires d'autoévaluation et la classification utilisée, par conséquent, les résultats de ces études sont difficilement comparables; la prévalence de la boulimie peut varier de 1 à 17% (18,19).

Pour mieux situer notre résultat, nous l'avons comparé avec des études réalisées dans des pays en voie de développement (PVD) (Tableau n° VI):

Une prévalence proche de la notre a été trouvée par Thiam et al, en 1999, qui était de 3,19% des étudiantes universitaires à Dakar en Sénégal (20).

Une prévalence plus importante a été trouvée par Ben Abla-Houissa et al, en Tunisie (1997), 10% de cas boulimiques chez les étudiants en médecine de 22ans à 28 ans (21) et 5% avec une note seuil de 25 au BITE a été trouvée par Le grange et al, en 1998, sur un échantillon de 1069 étudiantes Sud Africaines âgées de 17 à 25 ans (22).

La boulimie est très faible dans des pays de culture encore traditionnelle. En effet, en 1996, Al-Subaie et al ont rapporté dans leur étude faite à Riadh (Arabie Saoudite) que parmi un échantillon de 129 étudiantes, aucun cas de boulimie n'a été identifié (23). En 2006, en Turquie, Uzun et al ont trouvé une prévalence de 0,5% chez 414 étudiantes d'université (24) et Kiziltan et al ont trouvé une prévalence de 1,3% parmi 150 étudiantes (25).

D'autres études ont fait l'objet d'enquêtes similaires chez la population lycéenne qui aussi, serait touchée par ce syndrome:

En 1994, en Egypte, Nasser a rapporté que sur une population de 351 lycéennes, 1,2% ont remplis les critères d'un syndrome boulimique complet (26).

Ghazal et al, en 2000, ont rapporté une prévalence de 1,2% lycéennes boulimiques d'un échantillon de 1207 lycéennes à Casablanca (27).

La même année à Téhéran (Iran), Nobakht et Dezhkam ont rapporté 3,2 % de cas de boulimie chez le sexe féminin parmi un échantillon de 3100 adolescents de 15 à 18 ans (28).

**Tableau n° VI : Comparaison de notre prévalence de la boulimie avec des pays en PVD.**

Pays	Année	population	Effectif	Prévalence de la boulimie
Sénégal	1999	Etudiantes	-	3,19%
Sud Afrique	1998	Etudiantes	1069	5%
Tunisie	1997	Etudiants	-	10%
Arabie Saoudite	1996	Etudiantes	129	0
Turquie	2006	Etudiantes	414	0,5%
Turquie	2006	Etudiantes	150	1,3%
Egypte	1994	Lycéennes	351	1,2%
Maroc (Casablanca)	2000	Lycéennes	1207	1,2%
Iran	2000	Lycéennes	3100	3,2%
Notre étude	2005	Etudiantes	480	4%

Nous l'avons comparé aussi avec des études réalisées dans des pays de statuts socio-économiques et culturels différents du notre (Tableau n° VII):

En 1985, aux Etats-Unis, Hart et Hollendick ont trouvé une prévalence de 5% chez les étudiantes d'université, contre 1% chez les femmes au travail parmi 234 et 139 successivement (29).

En 1996, à Texas, Pemberton et al ont trouvé un prévalence de 6,6% de cas de boulimie chez 684 étudiantes (30).

Notre résultat rejoint les résultats des pays occidentaux du fait de l'occidentalisation du mode de vie dans notre société.

La prévalence est encore plus élevée chez la population féminine où l'apparence du corps est primordiale, 10,3% de cas de boulimie parmi 29 danseuses de ballet (31).

D'autres études ont rapporté une prévalence qui est faible. En 2006, en Portugal, Machado et al ont rapporté que chez 2028 étudiantes de 12 à 23 ans, 0,3% avaient une boulimie (32). En 2007, à l'Espagne, Pelàez et al, ont trouvé que parmi 1545 étudiants de 12 à 21 ans, 2,29% de cas de boulimie ont été détectés chez les étudiantes (33).

**Tableau n° VII : Comparaison de notre prévalence de la boulimie avec des pays occidentaux :**

Pays	Année	Population	Effectif	Prévalence de la boulimie
USA	1985	Etudiantes	234	5%
		Femmes au travail	139	1%
USA (Texas)	1996	Etudiantes	684	6,6%
USA	2006	Danseuses de ballet	29	10,3%
Portugal	2006	Etudiantes	2028	0,3%
Espagne	2007	Etudiantes	1545	2,29%
Notre étude	2005	Etudiantes	480	4%

En l'absence d'études randomisées de population générale, certains ont tenté d'extrapoler les résultats disponibles à l'ensemble de patients présentant un trouble boulimique. Aimez et Michaut (34) considèrent ainsi, qu'une prévalence de 1,5% appliquée à la population féminine donnerait en France un chiffre théorique de 226 000 femmes atteintes de boulimie active, alors qu'un taux de 1,3% donnerait plus d'un million de patientes aux Etats-Unis. Pope et coll (35,36,37) estiment que 7,6 millions d'Américaines ont, à un moment donné de leur vie, souffert de boulimie au sens large et 2,2 millions dans un sens plus étroit. De tels chiffres ont pu faire dire que les conduites boulimiques représenteraient de nos jours un véritable problème de santé publique, alors même qu'aucune donnée ne permet à l'heure actuelle de valider ce type d'extrapolation.

#### **1-2- Comparaison de la sévérité de la boulimie:**

Dans notre étude, 21,05% des étudiantes boulimiques avaient une boulimie sévère.

Thiam et al ont rapporté une prévalence de 37,3% de boulimie sévère chez une population d'étudiantes universitaires à Dakar (20).

**1-3- Comparaison des prévalences des moyens de contrôle du poids :** (Tableau n° VIII)

Le recours à des moyens pour contrôler le poids était fréquent chez nos étudiantes boulimiques puisqu'on a trouvé une prévalence de 31,5%. Ghazal et al ont trouvé une fréquence plus importante chez les lycéens de 52,9% (27).

Le coupe-faim était le moyen utilisé chez 66,6% de nos étudiantes boulimiques et les vomissements provoqués chez 33,3%. Même résultat a été trouvé par Ghazal et al (27).

La fréquence de recours au premier moyen était occasionnelle chez 50% de nos étudiantes et 2-3 fois par semaine chez le reste. Même résultat a été trouvé par Ghazal et al (27).

La fréquence de recours au deuxième moyen était occasionnelle chez 50% de nos étudiantes et 2-3 fois par semaine chez le reste. Ghazal et al ont trouvé que le recours à ce moyen était à 100% occasionnelle (27). Rosen et al ont indiqué expérimentalement que les boulimiques sont incapables de faire réaliser leur accès si elles n'ont pas de plan pour vomir (38). Bennet et al ont rapporté, lors d'une enquête sur une population de 2042 lycéennes, que les boulimiques se font vomir à une fréquence de 1,2,4 à 7 fois par mois (39).

Aucune étudiante de notre échantillon n'avait recours aux diurétiques ou aux laxatifs. Ghazal et al ont trouvé une fréquence de 33,3% des boulimiques qui utilisaient les diurétiques (27).

**Tableau n° VIII: Comparaison des prévalences des moyens de contrôle du poids**

La fréquence de recours aux moyens de contrôle du poids				
Ghazal	52,9%			
Notre étude	31,5%			
	Coupe-faim	Vomissements provoqués	Diurétiques	Laxatifs
Ghazal	66,6%	33,3%	-	33,3%
Notre étude	66,6%	33,3%	0	0
	Fréquence de recours au coupe-faim		Fréquence de recours aux vomissements provoqués	
	Occasionnelle	2-3 fois/semaine	Occasionnelle	2-3 fois/semaine
Ghazal	50%	50%	100%	0
Notre étude	50%	50%	50%	50%

## **2- Etude du comportement alimentaire inhabituel:**

### **2-1- Comparaison de la prévalence du comportement alimentaire inhabituel:**

Dans notre étude, la prévalence du comportement alimentaire inhabituel chez les étudiantes en milieu universitaire à Marrakech était de 32,2%.

Pour mieux situer notre résultat, nous l'avons comparé avec des études réalisées dans des pays en voie de développement (PVD) (Tableau n° IX):

En 1996, Al subaie et al ont rapporté que 25 étudiantes parmi 129 (19,4%) ont été identifiées en tant qu'ayant un trouble de comportement alimentaire inhabituel en Arabie Saoudite (23).

En 2006, Uzun et al ont trouvé une prévalence de 17,1% chez 414 étudiantes d'université en Turquie (24). Même année, au même pays, Kiziltan et al ont trouvé une prévalence très proche de 18% chez 150 étudiantes âgées de 18 à 24 ans (25).

Une prévalence plus importante a été trouvée par Thiam et al, à Dakar (Sénégal), de 31,47% des étudiantes universitaires (20).

D'autres études ont fait l'objet d'enquêtes similaires chez la population lycéenne qui présente une prévalence qui semble moins importante:

En 1994, en Egypte, Nasser a rapporté que sur une population de 351 lycéennes, 3,4% ont montré une préoccupation excessive concernant leur poids et ont été étiquetées comme ayant un syndrome boulimique partiel (26).

En 2000, à Téhéran (Iran), Nobakht et Dezhkam ont trouvé une prévalence de 6,6 % de cas de syndrome boulimique partiel parmi un échantillon de 3100 adolescentes de 15 à 18 ans (28).

Même année, Ghazal et al ont rapporté une prévalence de 13,8% des lycéennes de Casablanca (27).

En 2004, Yannakoulima et al ont rapporté une prévalence plus importante de 20,3% chez les lycéennes parmi 120 lycéens Méditerranéens (40).

**Tableau n° IX : Comparaison de la prévalence du comportement alimentaire inhabituel (CAI) avec des PVD:**

Pays	Année	population	Effectif	Prévalence du CAI
Arabie Saoudite	1996	Etudiantes	129	19,4%
Turquie	2006	Etudiantes	414	17,1%
Turquie	2006	Etudiantes	150	18%
Sénégal (Dakar)	1999	Etudiantes	-	31,47%
Egypte	1994	Lycéennes	351	3,4%
Iran	2000	Lycéennes	3100	6,6%
Maroc (Casablanca)	2000	Lycéennes	1207	13,8%
Méditerranéens	2004	Lycéens et lycéennes	120	20,3% (lycéennes)
Notre étude	2005	Etudiantes	480	32,2%

Nous l'avons comparé aussi avec des études réalisées dans des pays de statuts socio-économiques et culturels différents du notre (Tableau n° X):

En 1985, Hart et Hollendick ont trouvé une prévalence élevée de comportement alimentaire inhabituel, étiqueté comme hyperphagie, de 69% chez les femmes d'université, contre 41% chez les femmes au travail parmi 234 et 139 successivement (29).

En 1989, au Québec, Ratte, Pomerleau et Lapointe ont rapporté que parmi 1144 étudiantes, 16,3% avaient un comportement alimentaire inhabituel (41).

En 2006, en Portugal, Machado et al ont rapporté une prévalence faible chez 2028 étudiantes de 12 à 23 ans : 3,06% avaient un comportement alimentaire inhabituel (32). En 2007, à l'Espagne, Peláez et al, ont trouvé aussi une prévalence faible : 5,34% de cas de comportement alimentaire inhabituel ont été détectés chez les étudiantes parmi 1545 étudiants de 12 à 21 ans (33).

En 2006, au Mexique, Unikel et al ont rapporté, dans une étude cohorte, une augmentation de prévalence du comportement alimentaire chez les étudiantes, elle passait de 3,4% en 1997 d'un échantillon de 9755 étudiants à 9,6% en 2003 d'un échantillon de 3062 étudiants (42).

**Tableau n° X : Comparaison de la prévalence du comportement alimentaire inhabituel (CAI) avec des pays développés**

Pays	Année	Population	Effectif	Prévalence du CAI
USA	1985	Etudiantes	234	69%
		Femmes au travail	139	41%
Québec	1989	Etudiantes	1144	16,3%
Portugal	2006	Etudiantes	2028	3,06%
Mexique	1997	Etudiants et	9755	3,4% (étudiantes)
	2003	étudiantes	3062	9,6% (étudiantes)
Espagne	2007	Etudiants et étudiantes	1545	5,34% (étudiantes)
Notre étude	2005	Etudiantes	480	32,2%

**2-2- Comparaison de la prévalence des moyens de contrôle du poids :** (Tableau n° XI)

Le recours à des moyens pour contrôler le poids était peu fréquent chez les étudiantes avec comportement alimentaire inhabituel de notre échantillon, seulement 13,55% de ces étudiantes. Jones et al ont rapporté une prévalence plus importante de 27% parmi 494 adolescentes avec comportement alimentaire inhabituel (43).

Le coupe-faim était le moyen utilisé chez 71,5% de nos étudiantes, les vomissements provoqués chez 14,27% et les laxatifs chez 4,73%. Jones et al ont rapporté que les vomissements provoqués étaient le moyen utilisé chez 33,8% et la prise de laxatifs chez 4,52% (43).

Dans notre étude, aucune étudiante n'avait utilisé les diurétiques, contre 2,62% chez les lycéennes de l'étude de Jones (43).

**Tableau n° XI: Comparaison des prévalences de recours aux moyens de contrôle du poids**

	Prévalence de recours aux moyens de contrôle du poids			
Jones	27%			
Notre étude	13,55%			
	Prévalence de recours aux			
	Coupe-faim	Vomissements provoqués	Laxatifs	Diurétiques
Jones	-	33,8%	4,52%	2,62%
Notre étude	71,5%	14,27%	4,73%	0

### **3- Comparaison de la prévalence de l'obésité chez les étudiantes :** (Tableau n° XII)

Dans notre étude, 82,08% des étudiantes avaient une corpulence normale, 12,08% avaient un surpoids, 3,96% étaient maigre et seulement 1,67% qui étaient obèses.

Kiziltan et al ont trouvé une prévalence de 72,8% chez les étudiantes avec corpulence normale, 20,7% des étudiantes maigres, 6,7% qui avaient un surpoids et 0,7% chez les obèses en Turquie (25).

Amine et Sami ont trouvé une prévalence de 10,8% des étudiantes avec surpoids et 30,6% d'obésité parmi une population de 566 étudiantes de l'université des Emirats Arabes Unis (44).

Al-Isa a trouvé une prévalence de 27,2% de surpoids et 7,2% d'obésité chez 585 étudiantes de Kuwait (45).

Arrovo et al ont trouvé une prévalence de 20,45% de surpoids et d'obésité chez 509 étudiantes à l'Espagne (46).

Kasperczvk et al ont trouvé une prévalence de 5,8% de surpoids et d'obésité chez 518 étudiantes de première année en médecine à Silesia (Pologne) (47).

Pawlinska et al ont trouvé une prévalence de 15,3% de maigreur et 3,5% de surpoids et d'obésité chez 71 étudiantes âgées de 18 à 24 ans en Pologne (48).

**Tableau n° XII: Comparaison de la prévalence de l'obésité.**

Pays	Effectif des étudiantes	Prévalence de l'obésité selon l'IMC			
		Maigreur	Corpulence normale	Surpoids	Obésité
Turquie	-	20,7%	72,8%	6,7%	0,7%
Emirates Arabes Unis	566	-	-	10,8%	30,6%
Kuwait	585	-	-	27,2%	7,2%
Espagne	509	-	-	20,45%	
Pologne	518	-	-	5,8%	
Pologne	71	15,3%	-	3,5%	
Notre étude	480	3,9%	82,08%	12,08%	1,67%

#### **4- Comparaison de la prévalence de la dépression chez les étudiantes :**

Dans notre étude, la prévalence de la dépression était fréquente chez les étudiantes : 61,5% avaient une dépression, à prédominance modérée avec 30%.

Autres auteurs ont rapporté une prévalence importante aussi, mais, qui est moindre que la notre (Tableau n° XIII). Mkize et al ont trouvé une prévalence de 39,75% de dépression légère à sévère chez les étudiantes parmi 250 étudiants universitaires (49). Bostanci et al ont trouvé une prévalence de 23,6% de dépression chez 208 étudiantes universitaires en Turquie (50) et Nair et al ont rapporté une prévalence de 38,7% de légère à modérée et sans aucun cas sévère parmi 80 étudiantes (51).

**Tableau n° XIII: Comparaison de la prévalence de la dépression.**

Auteurs	Effectif des étudiantes	Prévalence de la dépression			
		Pas de dépression	Dépression légère	Dépression modérée	Dépression sévère
Mkize	250	-	39,75%		
Bostanci	208	-	23,6%		
Nair	80	-	38,7%		0
Notre étude	480	38,5%	24,2%	30%	7,3%

## **5- Comparaison du profil des boulimiques :**

### **5-1- Comparaison de l'âge :**

Dans notre étude, la boulimie était prédominante chez les étudiantes de la tranche d'âge 20 à 22 ans avec 70% des étudiantes boulimiques et diminuait à 10% chez celles de 17 à 19 ans et à 5% chez celle supérieure à 25 ans.

Ghazal et al ont rapporté que la boulimie était prédominante entre 16-20 ans parmi une population âgée de 15 à 22 ans (27).

### **5-2- Comparaison de l'origine géographique :**

Dans notre étude, la distribution de la boulimie selon l'origine était plus importante chez les étudiantes d'origine urbaine, avec 94,74% contre seulement 5,26% chez celles d'origine rurale.

Pawtowska et Masiak ont rapporté que 64,2% des boulimiques étaient d'origine urbaine parmi 53 patientes boulimiques d'âge moyen de 22 ans traitées au CHU entre 1993-2003 (52).

D'autres études ont rapporté une prévalence importante dans le milieu rural. En effet, Kugu et al, en Turquie, ont rapporté dans leur étude que 3,04% des étudiantes d'université dans une région rurale étaient boulimiques parmi 492 étudiantes (53).

### **5-3- Comparaison du mode de vie :**

Dans notre étude, le mode de vie (seule, avec les amies ou avec les parents) n'avait pas d'influence sur la prévalence de la boulimie. En effet, 32,5% était pour chaque mode.

Pawtowska et Masiak ont rapporté que 85% des boulimiques vivaient avec leurs parents (52).

Ackard et Neumark ont noté que la fréquence de prendre le dîner avec la famille était inversement associé aux points élevés sur deux scores de boulimie (54).

### **5-4- Comparaison du niveau socioéconomique:**

Dans notre étude, le taux le plus élevé de boulimie était chez les étudiantes dont le revenu mensuel de la famille était supérieur à 5000dhs, avec 62,5% contre seulement 5% chez celles issues de familles dont le revenu mensuel était inférieur à 1500dhs.

Ghazal et al ont rapporté le même résultat. En effet le taux le plus élevé (41%) était chez les lycéens boulimiques dont les chefs de famille sont des cadres (27).

Szweda et Thorne ont trouvé un niveau socioéconomique élevé chez 91,8% des étudiantes boulimiques en médecine et 55,6% chez les étudiantes boulimiques à l'école des nurses (55).

Warheit et al ont trouvé le contraire. En effet 83,4% des étudiantes boulimiques étaient de bas niveau socioéconomique (56).

### **5-5- Comparaison de la nature de l'enseignement : (Tableau n° XIV)**

Dans notre étude, la boulimie était prédominante chez les étudiantes en médecine avec 47,5% .

Szweda et Thorne ont rapporté que, 20,9% des étudiantes d'arts parmi 139, 14,7% des étudiantes de première année en médecine parmi 95 et 13,7% des étudiantes de l'école des nurses parmi 212, étaient boulimiques (55).

**Tableau n° XIV : Comparaison de la prévalence de la boulimie selon la faculté**

	Faculté	Effectif	Prévalence de la boulimie
Szweda	Faculté des arts	139	20,9%
	Faculté de médecine	95	14,7%
	Ecole des nurses	221	13,7%
Notre étude	Faculté de médecine	480	47,5%

**5-6- Comparaison du niveau d'études :**

Dans notre étude, les étudiantes de 3<sup>e</sup> année et 4<sup>e</sup> année (milieu des études universitaires) avaient plus de boulimie avec successivement 47,5 % et 25%.

Cooley et Toray ont évalué le comportement alimentaire chez les étudiantes de première année universitaire au début de l'année et sept mois plus tard, et ont conclu que la boulimie et le mécontentement, le jugement d'inefficacité et la timidité publique étaient fortement liés et stables (57).

Nasser a rapporté que la prévalence de la boulimie peut différer dans le même niveau d'étude si l'exposition à la culture occidentale s'y ajoute. Ainsi, 6 cas de l'échantillon des étudiantes arabes préparant la licence à Londres ont rempli les critères de diagnostic de Russel pour la boulimie ; alors que aucun cas n'a été identifié dans l'échantillon des étudiantes arabes préparant la licence au Caire (58).

**5-7- Comparaison de l'obésité :**

Dans notre étude, 57,5% des étudiantes boulimiques avaient un surpoids et 42,5% avaient une corpulence normale.

Killen et al ont rapporté que 65% de cas boulimiques d'un échantillon de 646 adolescentes n'avaient ni obésité ni surpoids (59).

Arias et al ont noté que les obèses n'ont pas forcément une boulimie. En effet, parmi 210 patients obèses, seulement 22,95% étaient boulimiques (60).

**5-8- Comparaison de la dépression:**

Dans notre étude, on a constaté une comorbidité importante entre la boulimie et la dépression. Ainsi, 77,5% des étudiantes boulimiques présentaient une dépression modérée à sévère.

Killen et al ont rapporté que 41,2% des étudiants boulimiques avaient une symptomatologie dépressive (59). (Tableau n° XV)

Enza et al ont rapporté que 15,4% des femmes hospitalisées en 2000 pour boulimie avaient une dépression (plus de deux fois le taux de la dépression (5,7%) parmi la population générale des femmes canadiennes) (61). (Tableau XV)

**Tableau n° XV: Comparaison de la prévalence de la dépression chez les boulimiques:**

Auteurs	Echantillon	Prévalence de la dépression
Killen	Etudiants	41,2%
Enza	Femmes hospitalisées à l'an 2000 pour boulimie	15,4%
Notre étude	Etudiantes	77,5%

Pompili et al ont rapporté que les tentatives de suicide sont facilement trouvés chez les individus souffrant de la boulimie. Ce qui constituent un facteur de risque pour des suicides réalisés (62).

Besrou et al ont rapporté que si les troubles dépressifs sont souvent liés chez les boulimiques, la réciproque est fausse. En effet aucun cas des consultants pour dépression n'avait un trouble de conduite alimentaire (63).

## **6- Comparaison du profil des étudiantes avec comportement alimentaire inhabituel:**

### **5-1- Comparaison de l'âge :**

Dans notre étude, la prévalence du comportement alimentaire inhabituel était plus importante chez les étudiantes de la tranche d'âge 20-22 ans avec 53,42%.

Patton et al ont rapporté dans une étude cohorte, que la prévalence d'un comportement alimentaire inhabituel étiqueté comme syndrome partiel, augmente avec l'âge. En effet à l'âge de 15-18 ans, de 982 écolières, la prévalence était à 2,4% et passait à 3% à l'âge de 20 ans (64).

### **6-2- Comparaison de l'origine géographique:**

Dans notre étude, la distribution du comportement alimentaire inhabituel selon l'origine géographique était plus importante chez les étudiantes d'origine urbaine, avec 91,73% ; contre seulement 8,27% chez celles d'origine rurale.

D'autres études ont rapporté une prévalence moins importante dans le milieu rural. En effet, Kugu et al, en Turquie, ont rapporté dans leur étude que 3,66% des étudiantes d'une région rurale avaient un comportement alimentaire inhabituel parmi 492 étudiantes (53).

Jonat et Birmingham ont rapporté une prévalence de 17,3% parmi 225 étudiantes dans une communauté Canadienne rurale (65).

White et Gardner ont rapporté que 76% des patients avec comportement alimentaire inhabituel, consultant à l'hôpital universitaire de l'ouest des Indes entre, 1985 et 1998, étaient des habitants urbains et la moitié des cas étaient des étudiants (66).

### **6-3- Comparaison du mode de vie :**

Dans notre étude, le mode de vie ne semble pas avoir une influence sur la genèse des comportements alimentaires inhabituels. Ainsi, 21,12%, 31,37% et 37,27% représentaient les prévalences des trois modes de vie successivement (seules, avec amies, avec les parents).

Labiberte, Boland et Leichner ont noté que le conflit familial est un facteur prédictif plus puissant pour avoir un comportement alimentaire inhabituel (67).

**6-4- Comparaison du niveau socioéconomique:**

Dans notre étude, le taux le plus élevé de boulimie était chez les étudiantes dont le revenu mensuel de la famille était supérieur à 5000dhs, avec 58,7% ; contre seulement 7,14% chez celles issues de famille dont le revenu mensuel était inférieur à 1500 dhs.

Unikel et al ont rapporté que le comportement alimentaire inhabituel était élevé chez les étudiantes de niveau socioéconomique élevé (42).

**6-5-Comparaison de la nature de l'enseignement:**

Dans notre étude, la prévalence du comportement alimentaire inhabituel était plus importante chez les étudiantes de la faculté de médecine avec 43,48%.

En 2003, en Pologne, Kolarzvk et Jaqlarz ont rapporté une prévalence faible de 8,3% de comportement alimentaire inhabituel chez 538 étudiantes en médecine (68).

**6-6- Comparaison du niveau d'études :**

Dans notre étude, les étudiantes de 1<sup>o</sup>année et du 3<sup>o</sup> cycle (au début et à la fin des études universitaires) avaient plus de comportement alimentaire inhabituel, avec successivement 29,19% et 23,6%; contre celles de 2<sup>o</sup>, 3<sup>o</sup> et 4<sup>o</sup> année qui avaient des proportions rapprochées avec successivement 17,39%, 16,15% et 13,66%.

Barker et al ont trouvé que l'effort accru et le non maîtrise de soi chez les étudiantes de première année ont une plus grande probabilité de déclencher des comportements alimentaires inhabituels (69).

**6-6- Comparaison de l'obésité :**

Dans notre étude, 82,61% des étudiantes avec comportement alimentaire inhabituel avaient une corpulence normale, 14,28% avaient un surpoids . La maigreur et l'obésité étaient très faibles avec successivement 1,86% et 1,25%.

Ford et al ont rapporté dans leur étude chez 218 étudiantes arabes à l'université américaine au Caire, Qu'il y'a une préférence claire pour la minceur dans la culture arabe ; ce qui prédispose au trouble de comportement alimentaire (70).

**6-7- La dépression:**

Dans notre étude, La dépression était fréquente. 66,46% des étudiantes avec comportement alimentaire inhabituel avaient une dépression. Celle modérée était la plus représentative avec 33,54%.

Patton et al ont rapporté que 50% des adolescentes avec syndrome boulimique partiel avaient des degrés élevés de dépression (64).

Ackard et al ont rapporté que 28,6 % des adolescentes avec comportement alimentaire inhabituel ont signalé qu'elles avaient essayé de suicider (71).



**CONCLUSION**

La boulimie et le comportement alimentaire inhabituel sont des troubles de conduites alimentaires qui posent un problème de santé publique.

L'analyse des questionnaires recueillis dans notre étude, nous a permis de dégager les données et les caractéristiques suivantes:

- ✓ 4% des étudiantes avaient une boulimie et 32,2% avaient un comportement alimentaire inhabituel.
- ✓ 21,05% avaient une boulimie sévère.
- ✓ Le coupe-faim était le moyen le plus utilisé pour perdre le poids chez les deux groupes d'étudiantes.
- ✓ La tranche d'âge 20-22 ans (début de l'âge adulte) et l'origine urbaine étaient les prédominantes chez les deux groupes.
- ✓ Le mode de vie n'avait pas d'influence sur les deux groupes
- ✓ Les deux groupes avaient un niveau socioéconomique élevé.
- ✓ La faculté de médecine englobe plus d'étudiantes avec boulimie ou avec comportement alimentaire inhabituel.
- ✓ La boulimie était prédominante au milieu des études universitaires et le comportement alimentaire inhabituel en était au début et à la fin.
- ✓ Les étudiantes boulimiques avaient plus de surpoids et celles avec comportement alimentaire inhabituel avaient plus de corpulence normale.
- ✓ La dépression modérée était fréquente chez les deux groupes.

Des enquêtes épidémiologiques dans d'autres villes s'avèrent nécessaires, pour mieux situer la prévalence de ce trouble dans notre pays, rechercher la comorbidité avec les autres troubles psychiatriques et les facteurs de risque.



**ANNEXES**

# QUESTIONNAIRE :

## Habitudes alimentaires chez les étudiantes

### CARACTERISTIQUES SOCIODEMOGRAPHIQUES :

1-Age : .....

2-Origine : Urbaine : ..... Rurale : .....

3-Mode de vie : Seule

Avec amis

Avec parents

Autres membres de la famille

4-Vous-êtes en quelle faculté : .....

5-Vous-êtes en quelle année : .....

6-Niveau socioéconomique : <1500dhs

1500-3000dhs

3000-5000dhs

5000-10000dhs

>10000dhs

### CARACTERISTIQUES PHYSIQUES :

Poids : ..... Taille : .....

### SCORE DE BITE :

Entourer la réponse correcte. Répondre en considérant les 4 dernières semaines.

- |   |     |     |
|---|-----|-----|
| 1) Mangez-vous quotidiennement selon un schéma régulier ?   | OUI | NON |
| 2) Faites-vous un régime strict ?   | OUI | NON |
| 3) Si vous abandonnez une fois votre régime, est-ce un échec ?  | OUI | NON |
| 4) Calculez-vous les calories de tout ce que vous mangez, même lorsque vous ne suivez pas de régime ? | OUI | NON |
| 5) Vous arrive-t-il de jeûner pendant toute une journée (hors ramadan) ?                              | OUI | NON |
| 6) Si oui, à quelle fréquence (encercler le chiffre)?   |     |     |

1) Une fois seulement

4) Deux à trois fois par semaine

2) De temps en temps

5) Tous les jours

3) Une fois par semaine

- |  |     |     |
|--|-----|-----|
| 7) Avez-vous recours aux moyens suivants pour perdre du poids? | OUI | NON |
|--|-----|-----|

Si oui lequel

Coupe-faim

Laxatifs

Diurétiques

Vomissements provoqués

Autres

Et à quelle fréquence

Occasionnellement

1 fois/semaine

2-3 fois/semaine

Quotidiennement

2-3 fois/jour

5 fois par/jour ou plus

- |   |                   |                     |
|---|-------------------|---------------------|
| 8) Votre schéma d'alimentation perturbe-t-il sévèrement votre vie ?   | OUI               | NON                 |
| 9) Diriez-vous que la nourriture domine votre vie ?   | OUI               | NON                 |
| 10) Vous arrive-t-il de manger sans arrêt et de ne cesser que lorsque vous ressentez un malaise physique ?      | OUI               | NON                 |
| 11) Y a-t-il des moments où vous ne pouvez plus penser à rien d'autre qu'à la nourriture ?                      | OUI               | NON                 |
| 12) Mangez-vous raisonnablement quand vous êtes en compagnie tout en vous rattrapant quand vous êtes seules ?   | OUI               | NON                 |
| 13) Pouvez-vous toujours vous arrêter de manger quand vous le voulez ?  | OUI               | NON                 |
| 14) Vous est-il arrivé d'éprouver un besoin irrésistible de manger d'énormes quantités de nourriture ?          | OUI               | NON                 |
| 15) Avez-vous tendance à beaucoup manger lorsque vous êtes angoissée ?  | OUI               | NON                 |
| 16) Etes-vous terrifiée à l'idée de devenir grosse ?  | OUI               | NON                 |
| 17) Vous est-il arrivé de manger de grandes quantités de nourriture rapidement (en dehors des repas) ?          | OUI               | NON                 |
| 18) Avez-vous honte de vos habitudes alimentaires ?   | OUI               | NON                 |
| 19) Craignez-vous de ne plus avoir le contrôle sur la quantité de nourriture que vous mangez ?                  | OUI               | NON                 |
| 20) Vous raccrochez-vous à la nourriture pour vous réconforter ?  | OUI               | NON                 |
| 21) Pouvez-vous laisser des restes sur votre assiette à la fin des repas ?                                      | OUI               | NON                 |
| 22) Cachez-vous aux autres combien vous mangez ?  | OUI               | NON                 |
| 23) La faim détermine-t-elle la quantité de ce vous mangez ?  | OUI               | NON                 |
| 24) Vous est-il arrivé de dévorer irrésistiblement d'énormes quantités de nourriture ?                          | OUI               | NON                 |
| 25) Si oui, cela vous rend-il très malheureuse ?  | OUI               | NON                 |
| 26) Lorsque vous dévorez d'énormes quantités de nourriture le faites-vous uniquement en cachette ?              | OUI               | NON                 |
| 27) A quelle fréquence moyenne le faites-vous ? (voir question 26). Encercler le chiffre approprié.             |                   |                     |
| 1) Presque jamais   | 2) Une fois/mois  | 3) Une fois/semaine |
| 4) 2-3 fois/semaine   | 5) Tous les jours |                     |
| 28) Seriez-vous capable de faire des démarches considérables pour satisfaire ce besoin irrésistible de manger ? | OUI               | NON                 |
| 29) Vous sentez-vous très coupable quand vous mangez trop ?   | OUI               | NON                 |
| 30) Vous arrive-t-il de manger en cachette ?  | OUI               | NON                 |
| 31) Considérez-vous vos habitudes alimentaires comme normales ?   | OUI               | NON                 |
| 32) Vous considérez-vous comme une mangeuse impulsive ?   | OUI               | NON                 |
| 33) Votre poids fluctue-t-il de plus de 2 Kg par semaine ?  | OUI               | NON                 |

## Questionnaire abrégé de Beck

### Instructions

Ce questionnaire comporte plusieurs séries de quatre propositions. Pour chaque série, lisez les quatre propositions, puis choisissez celle qui décrit le mieux votre état actuel.

Entourez le numéro qui correspond à la proposition choisie. Si, dans une série, plusieurs propositions vous paraissent convenir, entourez les numéros correspondants.

Je ne me sens pas triste.	0
Je me sens cafardeux ou triste.	1
Je me sens tout le temps cafardeux ou triste, et je n'arrive pas à m'en sortir.	2
Je suis si triste et si malheureux que je ne peux pas le supporter.	3

Je ne suis pas particulièrement découragé ni pessimiste au sujet de l'avenir.	0
J'ai un sentiment de découragement au sujet de l'avenir.	1
Pour mon avenir, je n'ai aucun motif d'espérer.	2
Je sens qu'il n'y a aucun espoir pour mon avenir, et que la situation ne peut s'améliorer.	3

Je n'ai aucun sentiment d'échec de ma vie.	0
J'ai l'impression que j'ai échoué dans ma vie plus que la plupart des gens.	1
Quand je regarde ma vie passée. Tout ce que j'y découvre n'est qu'échecs.	2
J'ai un sentiment d'échec complet dans ma vie personnelle (dans mes relations avec mes parents, mon mari, mes enfants).	3

Je ne me sens pas particulièrement insatisfait.	0
Je ne sais pas profiter agréablement des circonstances.	1
Je ne tire plus aucune satisfaction de quoi que ce soit.	2
Je suis mécontent de tout.	3

Je ne me sens pas coupable.	0
Je me sens mauvais ou indigne une bonne partie de temps.	1
Je me sens coupable.	2
Je me juge très mauvais, et j'ai l'impression que je ne vauds rien.	3

Je ne suis pas déçu par moi-même.	0
Je suis déçu par moi-même.	1
Je me dégoûte moi-même.	2
Je me hais.	3

Je ne pense pas à me faire du mal.	0
Je pense que la mort me libérerait.	1
J'ai des plans précis pour me suicider.	2
Si je le pouvais, je me tuerais.	3

Je n'ai pas perdu l'intérêt pour les autres gens.	0
Maintenant, je m'intéresse moins aux autres gens qu'autrefois.	1
J'ai perdu tout l'intérêt que je portais aux autres gens, et j'ai perdu de sentiments pour eux.	2
J'ai perdu tout intérêt pour les autres, et ils m'indiffèrent totalement.	3

Je suis capable de décider aussi facilement que de coutume.	0
J'essaie de ne pas avoir à prendre de décision.	1
J'ai de grandes difficultés à prendre des décisions.	2
Je ne suis plus capable de prendre la moindre décision.	3

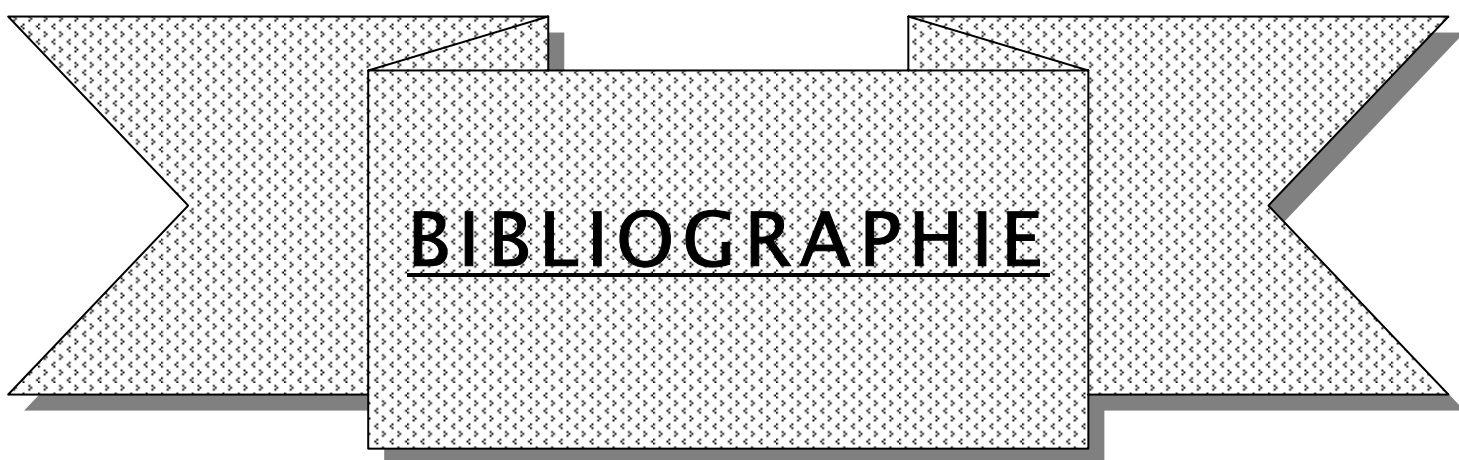
Je n'ai pas le sentiment d'être plus laid qu'avant.	0
J'ai peur de paraître vieux ou disgracieux.	1
J'ai l'impression qu'il y a un changement permanent dans mon apparence physique, qui me fait paraître disgracieux.	2
J'ai l'impression d'être laid et repoussant.	3

Je travaille aussi facilement qu'auparavant.	0
Il me faut faire un effort supplémentaire pour commencer à faire quelque chose.	1
Il faut que je fasse un très grand effort pour faire quoi que ce soit.	2
Je suis incapable de faire le moindre travail.	3

Je ne suis pas plus fatigué que d'habitude.	0
Je suis fatigué plus facilement que d'habitude.	1

Faire quoi que ce soit me fatigue.	2
Je suis incapable de faire le moindre travail.	3

Mon appétit est toujours aussi bon.	0
Mon appétit n'est pas aussi bon que d'habitude.	1
Mon appétit est beaucoup moins bon maintenant.	2
Je n'ai plus du tout d'appétit.	3



**BIBLIOGRAPHIE**

**1- Larousse**

Sciences de l'homme

Dictionnaire de psychiatrie et de psychopathologie clinique.

**2- Sanchez -Cardenas M**

Le comportement boulimique

Collection: médecine et psychothérapie

Masson, Paris 1991, 120p

**3- Russel G .F**

Bulimia nervosa: an ominous variant of anorexia nervosa

Psychol. Med. 1979; 9: 429- 448

**4- Landrивon.G, Dellahage.F.**

La recherche clinique: de l'idée à la publication.

Masson, Paris 1995, 205p

**5- Bouvard.M, Couttraux.J**

Protocoles et échelles d'évaluation en psychiatrie et en psychologie.

Masson, Paris Milan Parcelone 1996, 277p

**6- Lassegue CH**

De l'anorexie hystérique

Arch Gen Med. 1873; 1,385

**7- Janet P**

Les obsessions et la psychathénie

2° édition Alcan, Paris, 1908

**8- Abraham K**

Oeuvres complètes

Nouvelle édition, Paris, Payot, 1973; 2 : 1913-25

**9- Freud S**

Inhibitions, symptoms and anxiety

PUF, Paris, 1926

**10- Fenichel O.**

The psychoanalytic theory of neurosis

Norton, New York, 1945

**11- Igoin.L**

Boulimie et sont infortune

PUF, Paris, 1979, 150p

**12- Diagnostic and Statistical Manuel of Mental Disorders**

Third edition. Washington D.C. 1980 (DSM III)

American Psychiatric Association

**13- Diagnostic and Statistical Manuel of Mental Disorders**

3° edition revised Washington D.C 1987 (DSM IIIR)

American Psychiatric Association

**14- Diagnostic and Statistical Manuel of Mental Disorders**

4° edition revised Washington D.C 2000 (DSM IV TR)

American Psychiatric Association

**15- Classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement :**

**description clinique et direction pour diagnostic.**

OMS, Masson 1993 ; 306p

**16- Agman G, Corcos M, Jemmet Ph.**

Encycl. Med. Chir (Paris, France) Psychiatrie

37-350-A-10. 1994; 16p

**17- Flament M, Jeammet Ph, Rémy B**

La boulimie : comprendre et traiter

Masson, Paris, 2002; 220p

**18- Zitoun C, Fischler C.**

Bulimia and epidemiology

L'encephale. 1992 jul-aug; 18 (4): 407-12

**19- Ledoux S**

Epidemiologies des troubles des conduites alimentaires. Dans : Samuel-Lajeunesse B. et Foulon C. Les conduites alimentaires.

Masson, Paris, 1994; 49-72.

**20- Thiam MH. , Massoubre C. , Sylla O. , Gueye M. , Lang F.**

Evaluation des conduites boulimiques par auto-questionnaire BITE dans une population d'étudiantes de race noire à Dakar.

Médecine d'Afrique Noire. 2004; 51(6): 353-357

**21- Ben Abla-Houissa S, Khaloui M, Saada B, Tabbane K, Douki S.**

Conduites boulimiques chez les étudiants en médecine.

Annales Tunisiennes de Psychiatrie. 1997; 2: 104-6

**22- Le grange D. Telch CF; Tibbs J.**

Eating attitude and behaviors in 1435 south African Caucasian and non-Caucasian college students

Am J Psy. 1998; 155 (2): 250-4

**23- Al-Subaie A, al-shammari S, Bamgboye E, al-Sabhan K, al-Sheri S, bannah AR.**

Validity of the Arabic version of the Eating Attitude Test.

Int J Eat Disord. 1996 nov; 20 (3): 321-4

**24– Uzun O, Gulec N, Ozsahin A, Doruk A, Ozdemir B, Caliskan U.**

Screening disordered eating attitudes and eating disorders in a sample of Turkish female college students.

Compr Psychiatry. 2006 mar–apr; 123–6

**25– Kiziltan G, Karabudak E, Unver R, Sezgin E, Unal A.**

Prevalence of bulimic behaviors and trends in eating attitudes among Turkish late adolescents.

Adolescence 2006 winter; 41 (164): 677–89

**26– Nasser M.**

Screening for abnormal eating attitudes in a population of Egyptian secondary school girls.

Soc Psychiatry

Psychiatr Epidemiol. 1994 feb; 29 (1): 25–30

**27– Ghazal N, Magoub, Moussaoui D, Battas O.**

Prevalence de la boulimie dans une population de lycéens a casablanca.

L'encephale 2001. 27 (4): 338–42

**28– Nobakht M, Dezhkam M.**

An epidemiological study of eating disorders in Iran.

Int J Eat Disorder. 2000 nov; 28 (3): 265–71

**29– Hart KJ, Hollendick TH.**

Prevalence of bulimia in working and university women.

Am J Psy. 1985 jul; 142 (7): 851–4

**30– Pemberton AR, Vernon SW, Lee ES.**

Prevalence and correlates of bulimia nervosa and bulimic behaviors in a racially diverse sample of undergraduate students in two universities in southeast Texas

Am J Epidemiol. 1996 sep; 144(5): 450–5

**31– Ringham R, Klump K, Stone D, Libman S, Stowe S, Marcus S.**

Eating disorder symptomatology among ballet dancers.

Int Eat Disord. 2006 sep; 39(6): 503–8

**32– Machado PP ; Machado BC, Goncalves S; Hoek HW.**

The prevalence of eating disorders not otherwise specified.

Int J Eat Disord.2006 dec; 40 (3): 212–217.

**33– Pelàez, Fernández MA, Labrador FJ, Raich RM:**

Prevalence of eating disorders among adolescent and young adult scholastic population in the region of Madrid

Psychosom Res. 2007 jun; 62 (6): 681–90

**34– Aimez P., Michaut S.**

La boulimie en France. Approche épidémiologique.

Actualités Psychiatriques. 1987; 9: 10–20

**35– Pope H.G, Champoux R.F, Hudson J.I.**

Eating disorders and socioeconomic class, anorexia nervosa and bulimia in nine communities.

Journal of Nervous and Mental Diseases, 1987; 175: 620–23

**36– Pope H.G, Hudson J.I., Yurgelun–Todd D**

Anorexia nervosa and bulimia among 300 suburban women shoppers.

Am.J.Psy. 1984; 14: 292–94

**37– Pope H.G, Hudson J.I, Mialt J.P.**

Bulimia in the late nineteen century: the observations of Pierre Janet.

Psychol. Med. 1985; 15: 739–43

**38– Rosen J.C, Leitenberg H, Fisher C, Khazam C**

Binge eating episodes of eating behavior in bulimia nervosa: The amount and type of food consumed

Int. J. Eating Disorders. 1986; 5: 255–67

**39– Bennet N.A, Sporth R.L, Borgen F.H.**

Bulimic symptoms in high school females: Prevalence and relationship with multiple measures of psychological health.

Journal of Community Psychology. 1991; 19: 13–28

**40– Yannakoulima M, Matalas AL, Yiannakouris N, Papoutsakis C, Passos M, Klimis–Zacas D.**

Disordered eating attitudes: an emerging health problem among Mediterranean's adolescents  
Eat Weight Disord. 2004 jun; 9(2): 126–33.

**41– Ratte C, Pomerleau G, Lapointe C**

Eating disorders in a population of students of a college environment: correlation with 2 psychosocial characteristics

Can J Psychiatry. 1989 dec; 34 (9): 892–7

**42– Unikel–Santoncini C, Bojorquez–Chapela I, Villatoro–Velazquez J, Fleiz–Bautisca C, Medina–Mora Icaza ME**

Risky eating behaviors in students population in Mexico city : trends 1997–2003

Rev Invest Clin. 2006 jan–feb; 58 (1): 15–27

**43– Jones JM, Bennett S, Olmsted MP, Lawson ML, Rodin G.**

Disordered eating attitudes and behaviours in teenaged girls : a school–based study.

CMAJ.2002 sep 4; 165(5): 547–52

**44– Amine FK, Samy M.**

Obesity among female university students in the United Arab Emirates.

J R Health. 1996 apr; 116(2): 91–6

**45– Al-Isa AN.**

Factors associated with overweight and obesity among Kuwaiti college women.

Nutr Health. 1998; 12(4): 227–33

**46– Arrovo Izga M, Rocandio Pablo AM, Ansotegui Alday L, Pascual Apalauza E, Salces Beti I, Rebato Ochoa E.**

Diet quality, overweight and obesity in university students.

Nutr Hosp. 2006 nov–dec; 21(6): 673–9

**47– Kasperczvk J, Steplewski Z, Miarczvska–Jonczvk H, Jaskolecki H.**

The evaluation of the spread of the somatic development parameters (weight, height, BMI) over the population the first–year students of the Medical University of Silesia

Wiad Lek. 2002; 55 suppl 1(Pt 2): 718–22

**48– Pawlinska–Chmara R, Wronka I, Suliqa E, Broczek K.**

Socio–economic factors and prevalence of underweight and overweight among female students in Poland.

Homo. 2007 jun; 13

**49– Mkize LP, Nonkelela NF, Mkize DL.**

Prevalence of depression in a university population.

Curationis. 1998 sep; 21(3): 32–7

**50– Bostanci M, Ozdel O, Oguzhanoglu NK, Ozdel I, Ergin A, Ergin N, Atesci F, Karadag F.**

Depressive symptomatology among university students in Denizli, Turkey: prevalence and sociodemographic correlates.

Croat Med J. 2005 feb; 46(1): 96–100

**51– Nair MK, Paul MK, John R.**

Prevalence of depression among adolescents.

Indian J Pediatr. 2004 jun; 71(6) : 523–4

**52– Pawtowska B, Maskia M.**

Analysis of demographic data and family relationships in women with bulimia.

Psychiatr.Pol. 2007 may– jun; 41(3) : 365–76

**53– Kugu N, Akyuz G, Dogan O, Ersan E, Izzic F.**

The prevalence of eating disorders among university students and the relationship with some individual characteristics.

Aust N Z Psychiatry. 2006 feb; 40 (2): 129–35

**54– Ackard DM, Neumark–Sztainer D**

Family mealtime while growing up: associations with symptoms of bulimia nervosa.

Eat disord 2001; 9 (3): 239–49

**55– Szweda S, Thorne P.**

The prevalence of eating disorders in female health care students.

Occup Med (Lond) 2002 may; 52(3): 113–9

**56– Warheit GJ, Langer LM, Zimmerman RS and Biafora FA**

Prevalence of bulimic behaviours and bulimia among a sample of the general population.

Am J Epidemiol. 1993 mar; 137: 569–76

**57– Cooley E, Toray T**

Disordered eating in college freshman women: a prospective study.

J Am Health. 2001 mar; 49 (5): 229–35

**58– Nasser M**

Comparative study of the prevalence of abnormal eating attitudes among Arab female students of both London and Cairo universities

Psychol Med. 1986; 16: 621–25

**59– Killen JD, Taylor CB, Telch MJ, Robison TN, Maron DJ and Saylor KE.**

Depressive syndroms and substance use among adolescent binge eaters and purgers : a defined study.

Am J Public Health. 1987 dec; 77(12): 1539–41

**60– Arias Horcajadas F, Sàncnez Romeo S, Gorggo Martinez JJ, Amoldovar Ruiz F, Fernandez Rojo S, Liorente Martin F**

Clinical differences between morbid obese patients with and without binge eating.

Actas Esp Psiquiatr. 2006 nov; 34 (6): 362–70

**61– Enza Gucciardì ; Nalan Calasun ; Frah Ahmed.Donna E Stewart.**

Eating disorders.

BMC women's health, 2004; 4 (supp 1): S 21.

**62– Pompili M, Giardi P, Tatarelli G, Ruberto A, Tatarelli R.**

Suicide and attempted suicide in eating disorders, obesity and weight image concern

Eat Behave. 2006 nov; 7 (4): 384–94

**63– Besrouer R, Ghachem R, Fakhfakh R, Salhi J, Boukhari A, Omrani A, Boussetta R.**

Anxiété, dépression et trouble de conduite alimentaire

Annales Tunisiennes de Psychiatrie. 1997; 2

**64– Patton GC, Coffey C, Sawyer SM.**

The outcome of adolescents eating disorders : findings from the Victorian Adolescent Health Cohort Study.

Eur Child Adolesc Psychiatry. 2003; 12 suppl 1: 125–9

**65– Jonat LM, Birmingham CL.**

Disordered eating attitudes and behaviours in the high-school students of a rural Canadian community.

Eat Weight Disord. 2004 dec; 9(4): 285–9

**66– White VO, Gardner JM.**

Presence of anorexia nervosa and bulimia nervosa in Jamaica.

West Indian Med J. 2002 mar; 51(1) :32–4

**67– Laliberte M, Boland FJ, Leichner P.**

Family climates: family factors specific to disturbed eating and bulimia nervosa.

J Clin Psychol. 1999 sep; 55 (9): 1021–40.

**68– Kolarzvk E, Jaqlarz M.**

Disordered eating attitudes in medical students of Jagiellonian university.

Przeql Lek. 2003; 60 suppl 6: 48–52

**69– Barker ET, William RL, Galambos NL.**

Daily spillover to and from binge eating in first-year university females.

Eat disord. 2006 may–jun; 14 (3): 229–42

**70– Ford KA, Dolan BM, Evans.**

Cultural factors in the eating disorders: a study of body shape preferences of Arab students.

J Psychosom Res. 1990; 34 (5): 501–7

**71– Ackard DM, Neumark–Sztainer D, Story M, Perry C.**

Overeating among adolescents : prevalence and associations with weight-related characteristics and psychological health.

Pediatrics. 2003 jan; 111(1): 67–74